

# DISSERTATIONS IN SOCIAL SCIENCES AND BUSINESS STUDIES

TARJA SAVOLAINEN

## *Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

*Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu  
organisaatio vertailussa*



TARJA SAVOLAINEN

*Yksityinen, julkinen ja  
ulkoistettu organisaatio  
vertailussa*

*Monimuuttujamenetelmällinen tapaustutkimus  
Lahden seudun terveysasemista  
vuosina 2006–2008*

Publications of the University of Eastern Finland  
Dissertations in Social Sciences and Business Studies  
No 22

Itä-Suomen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta  
Joensuu  
2011

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino  
Tampere, 2011  
Sarjan vastaava toimittaja: FT Kimmo Katajala  
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISBN: 978-952-61-0462-1  
ISSN: 1798-5749  
ISSNL: 1798-5749  
ISBN: 978-952-61-0463-8 (PDF)  
ISSN: 1798-5757 (PDF)

Savolainen, Tarja

Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa. Monimuuttujamenetelmällinen tapaustutkimus Lahden seudun terveysasemista vuosina 2006–2008, 213 s.

Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, 2011

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 22

ISBN: 978-952-61-0462-1

ISSN: 1798-5749

ISSNL: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-0463-8 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

Väitöskirja

## **ABSTRAKTI**

Tutkimuksessa vertailtiin julkista, yksityistä ja ulkoistettua terveysasemaa institutionaalisen teorian näkökulmasta. Tutkimus kohdistui asiakkaiden ja ammattilaisten preferensseihin, asiakkaiden kokemuksiin palvelun laadusta sekä ammattilaisten sitoutumiseen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla vuosina 2006-2008 Lahdessa ja Hollolassa asiakkailta (N=1048) ja henkilöstöltä (N=205). Aineisto analysoitiin moniluokittelu-, erottelu- ja kontekstuaalianalyysillä.

Asiakkaiden myönteisiin kokemuksiin palvelujen laadusta vaikuttivat korkea koulutus, kyselyhetken hyvä terveydentila, julkisella sektorilla saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy sekä vaihtelevasti myös ikäryhmä. Terveysasemat erosivat eniten puhelinpalvelun, ilmoittautumisen sekä toimintaympäristön osalta. Preferenssit pysyivät terveysasemittain kolmen vuoden aikana samansuuntaisina. Yksityismyönteisimpiä olivat yksityisen lääkärikeskuksen asiakkaat. Ulkoistetun terveysaseman asiakkaiden preferenssit pysyivät julkisen terveysaseman asiakkaiden preferenssien kaltaisina.

Yksityisen lääkärikeskuksen henkilöstö oli preferensseiltään yksityismyönteisin. Ulkoistetun terveysaseman henkilöstön preferenssit muutuivat viimeisenä vuonna julkismyönteisestä hieman yksityismyönteisempään suuntaan. Henkilöstöä sitoutuivat palkka, mahdollisuus vaikuttaa työaikoja ja työn sisältöä koskeviin päätöksiin, työyhteisön toimivuus, työn organisointi ja suunnittelu. Kyseiset asiat toteutuivat parhaiten yksityisessä lääkärikeskuksessa ja liikelaitostetulla julkisella terveysasemalla. Ulkoistetun terveysaseman henkilöstön sitoutuminen parani hieman viimeisenä vuonna.

Terveydenhuollolta on vaadittu nopeita uudistuksia. Terveydenhuollon organisaatiot ovat vuosikymmenten kuluessa kehittyneet instituutioiksi, joissa muutokset etenevät hitaasti. Tässä tutkimuksessa kolmen vuoden aikana havaitut muutokset organisaatioissa olivat vähäisiä. Tutkimustulokset auttavat ymmärtämään terveydenhuollon organisaatioiden luonnetta ja sen kautta näkemään mahdollisuuksia terveydenhuollon uudistamiseen.

**Avainsanat:** julkinen sektori; yksityinen sektori; vertaileva tutkimus

Savolainen, Tarja

Comparing public, private, and outsourced organizations. A case study using multivariate methods of analysis in Southern Finland during the period 2006–2008, p. 213.

University of Eastern Finland

Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2011

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 22

ISBN: 978-952-61-0462-1

ISSN: 1798-5749

ISSNL: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-0463-8 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

Dissertation

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to compare of public, private and outsourced organizations in the frame of institutional theory. The focus was on the preferences of clients and personnel, clients' perceptions of service quality and commitment of personnel. Survey data were collected in a three-year period from 2006 to 2008 from clients (N = 1048) and personnel (N = 205). The data were analyzed by multiple classification analysis, discriminant analysis and contextual analysis.

The results indicated that education, good state of health, established doctor-patient relationship and to some extent age, had an influence on evaluations of service quality. Principally, according to clients' evaluations phone service, reception and interior design differed most in all three years. Clients in the private health clinic had a positive attitude to ownership and competition in society. The preferences of clients in the outsourced public health center did not change over three years. Like the clients, the personnel in the private health clinic also had a positive attitude to ownership and competition in society. In the third year also the personnel in the outsourced public health center also supported private values more than in previous years.

The main issues that influenced the commitment of personnel, and also distinguished the groups, were salary and other incentives, the opportunity to exert an influence over one's own work, its' organizing and planning. According to the results, the private clinic was able to meet these expectations best. In the third year the commitment of the personnel in the outsourced public health center improved. The result is consistent with the changes in preferences.

There have been heavy demands for health care organizations to be renewed quickly. On the other hand health care organizations are institutions which change slowly. In this longitudinal study conducted over a period of three years the changes were slight. According to this study, if we try to find new solutions to health care problems, the institutional nature of health care organizations must be understood.

**Key words:** Public Sector, Private Sector, Comparative Method

# Esipuhe

Kiinnostukseni julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailuun virisi jo perusopiskeluvaiheessa. Mahdollisuus jatko-opintoihin ja tutkimustyö Suomen Akatemian rahoittamassa PubPri -tutkimusryhmässä tekivät mahdolliseksi tämän väitöskirjan tekemisen. Väitöstutkimus on ollut monivaiheinen prosessi, jossa ovat olleet mukana useat henkilöt ja tahot. Ilman heidän tukeaan tätä väitöskirjaa ei olisi syntynyt.

Tutkimuksen saamasta taloudellisesta tuesta kiitän Suomen Akatemian Terttu-ohjelmaa. Tutkimuksen toteutuksen mahdollistamisesta kiitän Jalkaranta -Metsäkankaan ja Launeen terveysasemien sekä Lääkärikeskus Hemon henkilökuntaa Lahdessa, ja lisäksi Salpakankaan terveysaseman henkilökuntaa Hollolassa. Erityinen kiitos asiakkaille, jotka vastasivat kyselyyn käynnillään terveysasemalla.

Tutkimuksen etenemiseen ovat vaikuttaneet monet henkilöt, joita haluan kiittää. Suurimmat kiitokset esitän työni pääohjaajalle professori Jari Vuorelle jo maisterivaiheessa alkaneesta pitkäaikaisesta yhteistyöstä, kannustavasta ohjauksesta ja ystävällisestä ”pukkauksesta” eteenpäin silloin, kun itseltä ovat voimat hiipuneet. Kiitokset myös ohjaajalleni professori Jarmo Vakkurille kommentaiteista erityisesti työn teoreettiseen osuuteen. Lisäksi kiitän ohjaajaani YTT, lehtori Pertti Jokivuorta arvokkaista kommentaiteista tutkimusaineiston analysointivaiheessa. Kiitän myös Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen henkilöstöä kannustuksesta, käytännön avusta ja tuesta väitöstyön eri vaiheissa.

Väitöskirjani esitarkastajia emeritus professori Pentti Mekliniä ja professori Jaakko Kujalaa kiitän paneutumisesta työhöni, rakentavasta palautteesta ja korjausehdotuksista. Kiitokset myös professori Pentti Meklinille toimimisesta vastaajittajänä.

Englanninkielisen tiivistelmän tarkastamisesta kiitän kielenkääntäjä Virginia Mattilaa. Julkaisusarjan vastaavaa toimittajaa professori Kimmo Katajalaa kiitän kommentaiteista työn ulkoasuun liittyen.

Suuret kiitokset yhteistyöstä Suomen Akatemian rahoittamalle PubPri-tutkimusryhmälle ja siinä vierailleille monille koti- ja ulkomaisille asiantuntijoille. Erityiskiitos tutkija Tiina Tiilikalle hänen eteenpäin vievistä näkemyksistään työn loppuvaiheessa. Lisäksi haluan erityisesti kiittää arvokkaista kommentaiteista ja vertaistuesta tutkijakollegoitani Jaana Hurria, Satu Jänttiä, Tuula Karhumäkeä, Tapani Kersalaa, Hannele Komua, Marika Kylästä ja Mirja Willbergiä. Tutkimustyö kanssanne on ollut paitsi innostavaa myös hauskaa.

Perheelleni, lähisuvulleni, ystäväilleni ja työtovereilleni kiitokset tuesta ja mukanaelämisestä. Sydämelliset kiitokset isälleni ja nyt jo edesmenneelle äidilleni kotoa saadusta kannustuksesta opiskeluun ja työhön. Kotoa saadut opit ovat autta-



neet selviämään elämän monista haasteista. Veljelleni Juhalle perheineen lämmin kiitos taustatuesta ja myötäelämisestä.

Rakkaimmat kiitokseni haluan antaa perheelleni, miehelleni Timolle ja pojalleni Joonakselle tasapainoisesta ja onnellisesta arjesta, joka on tehnyt mahdolliseksi pitkäaikaisen opiskelun. Kiitokset teille ymmärryksestä, kannustuksesta ja oman tilan antamisesta.

Tuusulassa, toukokuussa, valkovuokkojen aikaan 2011

Tarja Savolainen

# Sisällys

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>15</b>
1.1 Muutokset julkisessa terveydenhuollossa .....	15
1.2 Julkisesta yksityiseen: organisoinnin monet vaihtoehdot .....	18
1.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät .....	23
1.4 Tutkimuksen rakenne .....	24
<b>2 JULKISTEN JA YKSITYISTEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN INSTITUTIONAALISEN VERTAILUN LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>26</b>
2.1 Perusterveydenhuollon viimeaikainen tutkimus Suomessa .....	26
2.2 Julkiset ja yksityiset terveydenhuollon palvelut .....	29
2.3 Institutionaalisen teorian keskeiset käsitteet .....	32
2.4 Institutionaalinen muutos .....	34
<b>3 INSTITUTIONAALINEN VERTAILUMETODIIKKA .....</b>	<b>38</b>
3.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat .....	38
3.2 Pitkittäinen tapausorientoitunut vertailututkimus .....	39
3.3 Institutionaalisen vertailun malli .....	41
3.4 Julkisten ja yksityisten organisaatioiden vertailumetodologia .....	46
3.4.1 Julkisten ja yksityisten organisaatioiden toiminnan ja tehokkuuden vertailu .....	46
3.4.2 Ammatillisuus osana julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailua .....	49
3.5 Tutkimuksen aineistot ja analysointimenetelmät .....	50
3.5.1 Tutkimusaineiston keruumenetelmät .....	50
3.5.2 Aineiston analysointi .....	52
<b>4 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOIDEN VERTAILU PÄIJÄT-HÄMEESSÄ .....</b>	<b>54</b>
4.1 Kunnallishallinnolliset ja -taloudelliset muutokset Lahden ja Hollolan perusterveydenhuollossa .....	54
4.1.1 Lahti .....	54
4.1.2 Hollola .....	58
4.2 Terveysasemien palvelualueiden kuvaus .....	59
4.2.1 Julkinen terveysasema .....	59
4.2.2 Ulkoistettu terveysasema .....	60
4.2.3 Julkinen liikelaitostettu terveysasema .....	61
4.2.4 Yksityinen lääkärikeskus .....	61

<b>5 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOIDEN VERTAILUN TULOKSET .....</b>	<b>62</b>
5.1 Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden taustamuuttajat .....	62
5.1.1 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2006 .....	62
5.1.2 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2007 ja muutokset edelliseen vuoteen .....	65
5.1.3 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2008 ja muutokset edelliseen vuoteen .....	67
5.2 Kuvaus asiakkaiden kokemasta palvelujen laadusta vuosina 2006–2008 .....	68
5.3 Taustamuuttajien yhteys asiakkaiden kokemaan palvelujen laatuun .....	72
5.4 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta .....	78
5.4.1 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2006 .....	78
5.4.2 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2007 .....	83
5.4.3 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2008 .....	87
5.5 Kyselyyn vastanneen henkilöstön taustamuuttajat .....	91
5.5.1 Henkilöstön taustamuuttajat vuonna 2006 .....	93
5.5.2 Henkilöstön taustamuuttajat vuonna 2007 ja muutokset edelliseen vuoteen .....	94
5.5.3 Henkilöstön taustamuuttajat vuonna 2008 ja muutokset edelliseen vuoteen .....	97
5.6 Henkilöstön preferenssit ja sitoutuminen vuosina 2006–2008 .....	98
5.6.1 Henkilöstön preferenssit .....	98
5.6.2 Henkilöstön sitoutuminen .....	107
<b>6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT .....</b>	<b>113</b>
6.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	113
6.2 Keskeiset tutkimustulokset ja päätelmät .....	115
6.3 Tutkimuksen yhteenvedo ja jatkotutkimusaiheet .....	121
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>124</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>141</b>

## TAULUKOT

Taulukko 1. Yhteiskunnallisen tutkimuksen tieteenfilosofiset sitoumukset (Burrell & Morgan 1985; Guba & Lincoln 1994; Raunio 1999) .....	39
Taulukko 2. Jaettujen kyselylomakkeiden määrät terveysasemittain / vuosi ....	52
Taulukko 3. Avoterveydenhuollon ikävakioidut kustannukset asukasta kohti ja niiden ero suurten kaupunkien mediaaniin sekä avoterveydenhuollon kokonaiskustannukset ja niiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista Lahdessa vuosina 2006–2008. (Lahtinen & Mikkola 2007, 2008; Mikkola 2009.) .....	57
Taulukko 4. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen terveysasemien piiriin kuuluvien alueiden taustatietoja vuosina 2000–2001 (Seppänen 2006; www.lahti.fi) .....	60
Taulukko 5. Asiakaskyselyn vastausprosentit terveysasemittain 2006–2008 ....	62
Taulukko 6. Asiakasvastaajien iän keskiarvot terveysasemittain 2006–2008 ....	62
Taulukko 7. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2006 .....	73
Taulukko 8. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2007 .....	75
Taulukko 9. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2008 .....	77
Taulukko 10. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2006 .....	80
Taulukko 11. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2006 .....	80
Taulukko 12. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006 .....	80
Taulukko 13. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006 .....	81
Taulukko 14. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2006 .....	82
Taulukko 15. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006 .....	82
Taulukko 16. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006 .....	82
Taulukko 17. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2006 .....	82
Taulukko 18. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2007 .....	83
Taulukko 19. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007 .....	83
Taulukko 20. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007 .....	84
Taulukko 21. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2007 .....	84
Taulukko 22. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2007 .....	86

Taulukko 23. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007 .....	86
Taulukko 24. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007 .....	86
Taulukko 25. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2007 .....	87
Taulukko 26. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2008 .....	88
Taulukko 27. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008 .....	88
Taulukko 28. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008 .....	89
Taulukko 29. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2008 .....	89
Taulukko 30. Asiakkaiden kokemukset hyvästä tai erinomaisesta palvelun laadusta lääkärin vastaanotolla 2008 .....	90
Taulukko 31. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2008 .....	90
Taulukko 32. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008 .....	91
Taulukko 33. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008 .....	91
Taulukko 34. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2008 .....	91
Taulukko 35. Henkilöstön vastausprosentit terveysasemittain 2006–2008 .....	92
Taulukko 36. Kyselyyn vastannut henkilöstö ammattiryhmittäin 2006–2008 ...	92
Taulukko 37. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2006 .....	99
Taulukko 38. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006 .....	100
Taulukko 39. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006 .....	100
Taulukko 40. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2006 .....	100
Taulukko 41. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2007 .....	102
Taulukko 42. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007 .....	102
Taulukko 43. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007 .....	102
Taulukko 44. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2007 .....	102
Taulukko 45. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2008 .....	104
Taulukko 46. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008 .....	104
Taulukko 47. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008 .....	104

Taulukko 48. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2008 .....	105
Taulukko 49. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2006 .....	106
Taulukko 50. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006 .....	106
Taulukko 51. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006 .....	107
Taulukko 52. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2006 .....	107
Taulukko 53. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2007 .....	109
Taulukko 54. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007 .....	109
Taulukko 55. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007 .....	109
Taulukko 56. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2007 .....	109
Taulukko 57. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2008 .....	111
Taulukko 58. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008 .....	111
Taulukko 59. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008 .....	111
Taulukko 60. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2008 .....	112

## KUVIOT

Kuvio 1. Palveluiden mahdolliset tuottajat (Valkama ym. 2004, 55; Kuopila ym. 2007, 38) .....	19
Kuvio 2. Ulkoistamisjatkumo (Corbett 1998, 42) .....	20
Kuvio 3. Tutkimuksen empiiriset kohteet .....	22
Kuvio 4. Institutionaalisen vertailun malli .....	42
Kuvio 5. Tutkimuskuntien sijainti Päijät-Hämeessä .....	59



# 1 Johdanto

## 1.1 MUUTOKSET JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

Suomalaisen terveydenhuollon nykytila on kansainvälisesti vertailluna hyvä sekä saavutetuilla tuloksilla että kustannuksilla arvioituna. Suomi menestyy OECD-maiden keskiarvoa paremmin kaikilla WHO:n keskeisimmillä mittareilla arvioituna. Lisäksi hyvät tulokset saavutetaan kustannustehokkaasti. Terveydenhuoltomenoihin käytetty osuus bruttokansantuotteesta on alhainen muihin Euroopan maihin verrattuna. (Kiander, Luoma & Lönnqvist 2001; Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009.)

Terveyspalvelujärjestelmä ei kuitenkaan toimi moitteettomasti. Alueellisesti osassa terveyskeskuksia on lääkäri-vaje<sup>1</sup>, palveluja joutuu paikoittain jonottamaan ja väestön tyytyväisyys terveydenhoidon saatavuuteen on alhaisempaa kuin OECD-maissa keskimäärin. Myös voimavarojen kohdentaminen kustannustehokkaasti perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä on koettu ongelmalliseksi. Lisäksi tulevaisuudessa väestön ikääntymisen odotetaan lisäävän terveydenhuollon kustannuksia merkittävästi. (Valtioneuvoston kanslia 2010.)

Julkisen terveyspalvelujärjestelmän on koettu hitaasti rapautuneen ja siinä on havaittu merkittäviä kehittämisen tarpeita (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009, 13; Xingzhu, Hotchkiss & Sujata 2007; ks. myös Johnston & Romzek 2010). Julkisessa keskustelussa kuntia on syytetty perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten kehittämisen laiminlyönnistä. Kansalaiset eivät enää luota julkisiin palveluihin ja sen on katsottu lisäävän yksityisten sairausvakuutusten määrää. Lapsena yksityiseen terveydenhuoltoon tottuneiden asiakkaiden on todettu usein aikuisenakin jatkavan yksityisten terveyspalvelujen käyttöä. Terveydenhuollon on pelätty jakautuvan kahteen kerrokseen: työssäkäyvät käyttävät yksityistä terveydenhuoltoa työterveyspalveluissa tai itse maksaen, kun taas kuntien terveyskeskuksista tulee vanhusten, työttömien ja työelämän ulkopuolella olevien hoitopaikkoja.

Julkisen sektorin muutoskehitys on havaittavissa useissa Euroopan maissa (Hood 1991; Olsen & Peters 1996; Olson, Guthrie & Humphrey 1998; Koppell 2006; Hogde, Greve & Boardman 2011). Yleensä muutoksilla ei ole pyritty sellaisenaan uudistamaan julkista sektoria, vaan ne ovat syntyneet tarpeista kehittää julkisen hallinnon osa-alueita (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000, 721). Monissa mais-

---

<sup>1</sup> Terveyskeskusten lääkärin määrä laski jatkuvasti 10 vuoden ajan. Vuonna 2008 koko maan terveyskeskusten noin 3700 lääkärintavirasta ja -toimesta 11 % oli täyttämättä. Vuonna 2009 tilanne parani siten, että 6,8 % viroista oli täyttämättä. Yhä useampi kunta on ulkoistanut tehtäviä lääkäripalveluyrityksille. Ulkoistettujen virkojen määrä on noussut vuodessa 175 virasta 262:een. Samalla tilapäisten ostopalvelujen osuus on vähentynyt. Lisäksi lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijoiden sisäänottomäärää on nostettu 2000-luvulla. (Suomen Lääkäriliitto 2009.)



sa laajat terveydenhuollon uudistushankkeet saivat alkunsa 1980–1990 -lukujen vaihteessa, jolloin myös pyrkimys tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämiseen lisääntyi. Samaan aikaan kiinnostus yksityisen ja julkisen sektorin väliseen vuorovaikutukseen kasvoi (Haatainen 2003, 5; Bovaird 2011).

Tunnetuimpiin terveyspalvelu-uudistuksiin kuuluvat Uudessa-Seelannissa ja Englannissa toteutetut uudistukset sekä Yhdysvaltain erilaiset Health Maintenance Organization (HMO) -mallit. Myös Ruotsissa toteutettiin tilaaja-tuottaja -uudistus yhdessä alueellisten muutosten kanssa. Kokemukset edellä mainituista maista ovat vaihtelevia. Parhaimmillaan uudistukset tehostivat suunnittelua ja toimintaa. Toisaalta taas pysyvät hyödyt jäivät pidemmällä aikavälillä saavuttamatta. Kansainvälisten kokemusten arvellaan edistävän uusien yhteistyömuotojen leviämistä. (Järvelin & Pekurinen 2005; Forma, Niemelä & Saarinen 2006; ks. myös Billis 2010.)

Muutoksilla on pyritty vastaamaan jatkuvasti kasvaviin tehokkuusvaatimuksiin<sup>2</sup> (Haarman, Klenk & Werauch 2010, 214; ks. myös Macq ym. 2008). Terveydenhuollossa muutokset eivät kuitenkaan ole olleet helppoja toteuttaa, koska julkinen terveydenhuolto on vuosikymmenten kuluessa muodostunut instituutioksi<sup>3</sup>, jolle on ominaista pysyvyys ja kansalaisten hyväksyntä. Sen olemassaolon oikeutusta ei ole totuttu kyseenalaistamaan. Toisaalta uudistuksilla on pyritty löytämään nopeita ratkaisuja terveydenhuollon ongelmiin. Tämän arvellaan johtavan tulevaisuudessa entistä laajempiin ostoihin ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Samalla kuntien rooli kilpailuttajina ja tilaajina kasvaa edelleen (Bruun 2005, 15).

Koivusalo, Ollila & Alanko (2009) toteavat, että palveluiden tuottamisesta ei tule taloudellisempaa vain sillä, että se siirretään julkiselta yksityiselle taholle. Monet taloustieteen ja politiikan tutkijat (ks. esim. Barton 1980; Dixit 1997) ovat eri mieltä ja pitävät tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen liittyviä julkisen ja yksityisen sektorin välisiä eroja merkittävinä. Empiiristä tietoa julkisen ja yksityisen sektorin vertailusta on kertynyt runsaasti kahden viimeisen vuosikymmenen ajalta. Tutkimustulokset ovat osittain yhteneviä ja osittain eriäviä. Vaihtelua esiintyy tieteenaloittain. (Rainey ja Bozeman 2000, 448.) Vuori (1994, 157; ks. myös Vuori 2011) on viitannut mielikuviin julkisista ja yksityisistä organisaatioista myyteinä, jotka vaikeuttavat julkisten ja yksityisten organisaatioiden määrittelyä ja luovat niiden arkitodellisuudesta mielikuvia, joiden muuttuminen on hidasta.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteen muodostaa neljä erilaista terveydenhuollon palveluntuottajaorganisaatiota, jotka ovat perinteinen julkinen terveys-

---

<sup>2</sup> Mitronen (2002, 40) tiivistää markkinaohjausjärjestelmän ydinoleluksi sen, että jokainen toimii oman vapaan tahtonsa ja omien etujensa mukaisesti. Jokaisen optimoidessa omaa etuaan, myös kokonaisuus optimoituu parhaalla mahdollisella tavalla. Näin saavutetaan tehokkain mahdollinen kokonaisuus.

<sup>3</sup> Instituutiolla käsitteenä viitataan tapaan tai oikeussäännöksiin perustuvaan; sosiologiseen, poliittiseen tai uskonnolliseen elämänmuotoon; tapajärjestelmään; yhteiskunnalliseen laitokseen. Vastaavasti termillä institutionaalinen tarkoitetaan tapajärjestelmän mukaista; laitoksen luonteista. (Suomen kielen perussanakirja 1990, 290.) Instituutioiden syntyminen kuuluu sosiaalisen toiminnan peruskäsitteisiin (Allardt 1983; Rowlinson 1997, 82-89). Yhteiskuntatieteissä institutionaalisen analyysin perusta on Emile Durkheimin sosiaalisissa faktoissa (social facts as things) (Nee 1998, 3-4).

asema, yksityiselle tuottajataholle ulkoistettu julkinen terveysasema, liikelaitoksen osana toimiva terveysasema sekä yksityinen lääkärikeskus. Tutkimuksessa tietoa hankitaan asiakkaiden palvelukokemuksista ja henkilöstön sitoutumisesta sekä molempien ryhmien preferensseistä<sup>4</sup>. Tutkimusmenetelmänä on vertaileva metodi ja vertailua tehdään paitsi terveysasemien kesken, myös saman organisaation sisällä ajassa. Vertailevan menetelmän tavoitteena on löytää yhtäläisyyksiä ja eroja tutkittavista kohteista. (ks. esim. Lijphart 1971; Collier 1993) Vertailevat tutkimukset ovat perinteisesti keskittyneet kahden organisaation vertailuun. Organisaatioiden suurempi määrä lisää kuitenkin mahdollisuuksia todellisten erojen tunnistamiseen. (Mascarenhas 1989, 584.)

Tutkimus liittyy yhteiskuntatieteelliseen tutkimusperinteeseen ja sen sisällä tarkemmin terveystieteeseen. Terveystieteeseen väitöskirjat ovat perinteisesti heijastaneet oman aikakautensa reaalia maailman muutoksia (Sinkkonen & Kinnunen 1999, 317–318). Tutkimuksen yhteiskunnallinen merkitys ja ajankohtaisuus liittyvät uusiin ratkaisumalleihin, joista etsitään apua perusterveydenhuollon ongelmiin. Tutkimuksen aihe, terveydenhuollon organisaatioiden vertailu institutionaalisen teorian näkökulmasta, asemoituu poliittishallinnollisen ohjauksen ja organisaatiotutkimuksen alueille. Se edustaa siten Vuoren (2005, 10) kuvaamaa terveystieteeseen tutkimusorientaation ydintä.

Tutkimuksen teoreettiseksi näkökulmaksi on valittu organisaatiotutkimukseen ja sosiologiaan liittyvä uusi institutionalismi<sup>5</sup> (DiMaggio & Powell 1983), jolla on yhteyksiä etnometodologiseen (Garfinkel 1967), fenomenologiseen (Schutz 1967) ja sosiaalikonstruktivistiseen (Berger & Luckmann 1966) ajatteluun. Sen tieteenfilosofiset sitoumukset liittyvät pääosin tulkitsevaan tutkimusperinteeseen, jonka mukaan kuvauksemme tietyistä asiasta, tässä tutkimuksessa terveyspalvelujen tuottajista, on yksi todellisuuden ulottuvuus. Siihen sisältyy aina historiallisia, kulttuurisia ja ideologisia aineksia (ks. esim. Sandberg 2005, 45). Toisaalta tutkimusmenetelmänä on vertaileva metodi, jonka lähimetodeja ovat tilastollinen, kokeellinen, heuristinen ja case -tutkimuksen metodi (Salminen 2000, 13). Tässä tutkimuksessa vertaillaan monimuuttujamenetelmillä perinteisesti ymmärtävällä tutkimusotteella tutkittuja eroja. Tutkimusote lähenee näiltä osin kriittistä realismia.

Suomessa institutionaalista teoriaa on käytetty aiemmin organisaatio- ja johtamistieteen väitöskirjojen teoreettisena perustana. Halme (1997) on soveltanut institutionaalista teoriaa ensimmäisessä suomalaisessa ympäristöjohtamisen väitöskirjassa. Halme on tutkinut, miten yrityksen johdon ympäristöuskomukset ja -arvot eli ympäristöjohtamisen paradigma voi muuttua. Mylly (1999) on tutkinut institutionaalisesti paikallisten säästöpankkien selviytymistä pankkitoiminnan muutoksissa 1990-luvulla. Toivonen (2000) on soveltanut institutio-

<sup>4</sup> Preferenssin käsitteeseen palataan tarkemmin luvussa 3.3.

<sup>5</sup> Organisaatiotutkimukseen instituution käsite on tullut sosiologiasta ja taloustieteestä. Institutionaalinen tai uusinstitutionaalinen teoria tunnetaan sosiologiassa, taloustieteessä, valtiotieteessä ja organisaatioteoriassa. Taloustieteessä kuuluisimmat institutionalistit ovat Coase (1937) ja Williamson (1975; 1985) sekä North (1981). Taloustieteessä keskeisenä tutkimuskohteena ovat olleet esimerkiksi transaktiokustannukset. Sosiologiassa institutionaaliisiin tutkimuskohteisiin kuuluu kaikki inhimillinen toiminta. (DiMaggio & Powell 1991, 1–40.)

naalista analyysia telakkateollisuuden toimintatapojen muutoksen tutkimisessa. Kyseiset tutkimukset kuuluvat taloustieteiden alaan ja oma tutkimukseni sijoittuu terveyshallintotieteen kenttään. Tutkimuksissa toistuvat kuitenkin samat teemat, muutos ja arvot. Tämä kuvaa hyvin institutionaalisen teorian soveltuvuutta eri tieteenalojen teoreettiseksi näkökulmaksi.

Tutkimuksessa vertailu tapahtuu weberiläisestä näkökulmasta, jonka mukaan vertailuun kuuluvat kausaalisuhteet, mutta koska kyse on yhteiskunnallisesta ilmiöstä, se selittyy ja sitä tulee ymmärtää useiden eri syiden perustalta (Salminen 2000, 15). Tästä syystä tutkimuksen tieteenfilosofiset sitoumukset liittyvät pääosin kuvaan terveydenhuollon organisaatioista pysyvinä ja ihmisten toiveista riippumattomina ilmiöinä. Toisaalta kuitenkin ymmärretään historiallisten, kulttuuristen ja sosiaalisten taustojen synnyttämien arvojen vaikuttavan sekä asiakkaiden palvelukokemuksiin että henkilöstön sitoutumiseen. (Burrell & Morgan 1985, 3; Raunio 1999, 81.) Tutkimuksen empiiriset löydökset nähdään rajallisina ja aikaan sidottuina<sup>6</sup> (Fischer 1998, 136).

## 1.2 JULKISESTA YKSITYISEEN: ORGANISOINNIN MONET VAIHTOEHDOT

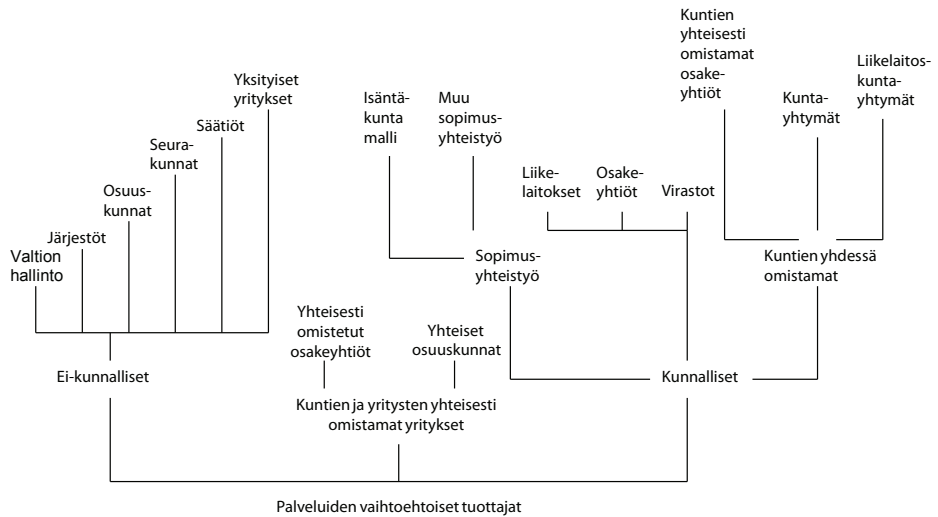
Kunnilla on mahdollisuus tilaaja-tuottaja-mallia noudattaen tuottaa palvelut monella eri tavalla. Palveluiden mahdolliset tuottajat on kuvattu kuviossa 1. Palveluntuottajien tarkempi kuvaus on tässä tutkimuksessa rajattu koskemaan vain tutkimuksessa mukana olevia. Palvelut voidaan tuottaa itse omana tuotantona tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Palvelut voidaan myös ostaa oman organisaation ulkopuolelta kunnallisilta tai ei-kunnallisilta palveluntuottajilta. Tästä toiminnasta käytetään nimitystä *ulkoistaminen*. Kuntakontekstissa ulkoistamisella tarkoitetaan palveluiden tuotannon siirtämistä kuntaorganisaation ulkopuolelle siten, että palvelujen järjestämisvastuu säilyy edelleen kunnalla. (Pajarinen 2001, 6; Valkama 2004, 229; Fredriksson & Martikainen 2006, 12.) Niin ikään palvelujen tilaajalle jää mahdollisuus valvoa sopimuksen noudattamista ja arvioida palveluntuottajan suoritusta (Jensen & Stonecash 2004, 5).

Palvelujen ostaminen ulkopuolisilta tahoilta ei sinänsä ole mikään uusi käytäntö. Yrity maailmassa ulkoistaminen on ollut jo 1980-luvulta lähtien yleinen toimintatapa<sup>7</sup>. (Fill & Visser 2000.) Yritykset ovat pitkään käyttäneet ulkopuolisia toimittajia erilaisissa prosesseissa. Kustannussäästöjä ja tuottavuutta korostava kehitys on pakottanut yritykset keskittymään varsinaiseen ydintoimintaansa, jolloin tukipalvelujen tuotantoa on alettu siirtää entistä enemmän yritysten ulkopuolelle. (ks. esim. Toivonen 2001, 7.) Samasta syystä myös kunnat ovat ulkoistaneet tukipalveluitaan (ks. esim. Kähkönen 1999, 2000).

---

<sup>6</sup> Vastakohtaista näkemystä edustaa uuspositivistinen teoria, joka näkee tieteen käsitteet suorina todellisuuden heijastuksina (Fischer 1998, 136).

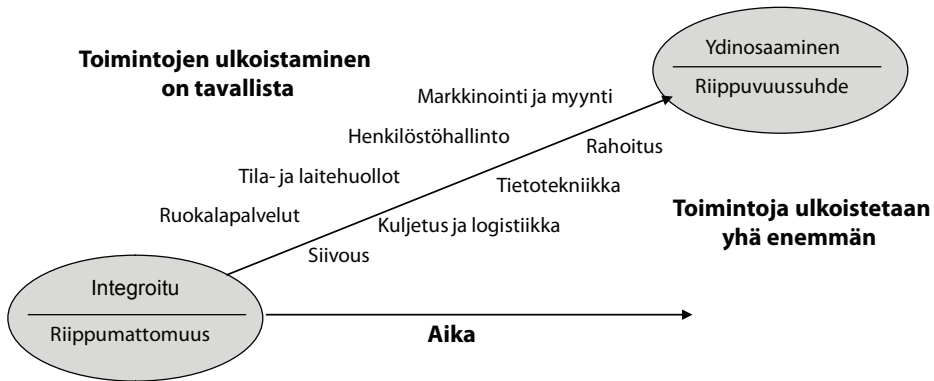
<sup>7</sup> Ulkoistamisen juuret ovat jo 1770-luvulla. Adam Smithin (1776) mukaan yritys toimii tehokkaammin, jos työntekijät erikoistuvat eri tuotantoprosessin vaiheisiin (Smith, 1933). Williamson (1975) laajensi Smithin näkemystä koskemaan organisaatioiden erikoistumista.



Kuvio 1. Palveluiden mahdolliset tuottajat (Valkama ym. 2004, 55; Kuopila ym. 2007, 38).

Ulkoistamisen käsitettä on viime vuosiin asti tutkittu vähän. Se on johdettu lähinnä ostopalvelusta ja yksityistämisestä. Ostopalvelua on pidetty yläkäsitteenä kaikille sellaisille kunnallisille palvelujen ostoille, joihin ei liity viranomaistoimintoja. (Komulainen 2010, 41, 45.) Corbett (1998, 42) on kuvannut jatkumolla toimintojen ulkoistamista ja ulkoistamistoiminnan laajenemista amerikkalaisissa yrityksissä. Ulkoistamisjatkumo on esitetty kuviossa 2. Jatkumossa ulkoistaminen alkaa tukitoiminnoista ja etenee vähitellen kohti strategisia ydintoimintoja. Corbettin mukaan jatkumon vasemmalla puolella olevat toiminnot ovat helpommin ulkoistettavia. Tukitoimintojen ulkoistamiskokemusten hyödyntäminen terveydenhuollon ydintoimintojen ulkoistamisessa on viime aikoina kiinnostanut tutkijoita. (ks. esim. Vuori, Hodge, Kylänen & Tritter 2011).

Monissa kunnissa terveydenhuollon ulkoistaminen on edennyt suoraan organisaation ydintoimintaan, lääkäripalveluihin. Kauppinen, Pietilä, Sundbäck & Kaleva (2002, 42) toteavat, että strategisesti tärkeiden toimintojen ulkoistamiseen liittyy aina suurempia riskejä ja ulkoistamisen toteuttaminen on vaikeampaa kuin vähemmän merkityksellisissä prosesseissa. Kyseisten tutkijoiden mukaan organisaation tulisi säilyttää omat vaikutus- ja valvontamahdollisuutensa ydintoiminnassa ja siihen läheisesti liittyvissä prosesseissa (ks. myös Hodge 2000; Sclar 2002, 47–68; Johnston & Romzek 2010, 410).



Kuvio 2. Ulkoistamisjatkumo (Corbett 1998, 42).

Ulkoistaminen voidaan jakaa kokonaisulkoistamiseen, osittaiseen ulkoistamiseen ja osa-alueiden ulkoistamiseen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveysaseman ulkoistamista, joka luokitellaan osa-alueen ulkoistamiseksi. Ulkoistettu osa-alue on hyvin riippuvainen kunnan omasta toiminnasta. Ulkoistuksen hyödyt ja haitat riippuvat ulkoistetun palvelun toimialasta ja koosta. Kokonaisulkoistamisessa toiminnan tuotanto annetaan kokonaisuudessaan ulkopuoliselle toimijalle. Osittaisessa ulkoistamisessa kunta tuottaa palvelun yhdessä yksityisen toimijan kanssa. (Komulainen 2010, 47)

Kirjallisuudessa palveluiden ostamista ulkopuolisilta toimittajilta kuvaavien englanninkielisten termien *outsourcing*, *contracting out*, *out-tasking* ja *vendoring* käyttö ei ole vakiintunut, vaan niitä käytetään jokseenkin sekaisin (Savas 2000, Kauppinen ym. 2002, 16). Termi *outsourcing* viittaa toimintaan, jossa organisaatio hankkii tarvitsemansa tuotteen tai palvelun ulkopuoliselta taholta sen sijaan, että tuottaisi sen itse (Domberger 1998, 12–13; Pajarinen 2001, 6). Tuotannon välivaiheiden ostoista on perinteisesti käytetty nimitystä alihankinta (*subcontract*). Alihankintasuhdetta pyritään kuitenkin tänä päivänä kehittämään entistä enemmän molempia osapuolia hyödyttäväksi tuotantoyhteistyösuhteiksi. Outsourcing on liitetty läheisesti myös laajempaan verkostoitumisen käsitteeseen. Tällöin outsourcing viittaa vertikaalisen tuotannon osien ja tuotantoa tukevien palvelujen hankkimiseen ulkopuoliselta palveluntuottajalta, kun taas verkostot voivat syntyä myös horisontaalisesti kilpailevien yritysten välille. (Pajarinen 2001, 6.)

Contracting out -termiä on käytetty viittamaan kaikkiin niihin tilanteisiin, joissa organisaatio ostaa tai tulla palveluita ulkopuoliselta toimittajalta. Tähän liittyen outsourcingilla tarkoitetaan yhtä contracting out -toiminnan tyyppiä. (Kauppinen ym. 2002, 16.) Toisaalta contracting out on merkinnyt sopimusperusteista<sup>8</sup> toimintaa, jossa palvelut pääsääntöisesti kilpailutetaan ennen ulkopuoli-

<sup>8</sup> Sopimuksellisuuteen kuuluu, että yksi tai useampi laajuudeltaan vaihteleva tehtävä annetaan ulkopuolisen toimijan suoritettavaksi ja että toimijoiden (tilaajan ja tuottajan) välinen suhde on määritelty sopimuksessa. Järjestelyt voivat sisältää esim. työn tai palvelun suunnittelun, rahoituksen, toteutuksen, uudistuksen tai käyttöoikeuden. (Hyryyläinen 2004, 9–11.)

sen tuottajan valintaa (Domberger 1998, 12–13; Osborne & Gaebler 1993, 87–89; Savas 2000, 70). Ulkoinen palveluntarjoaja voi olla yksityinen (out-house contracting) tai se voi toimia kunnan määräysvallan alaisuudessa (in-house contracting) (Ferris & Graddy 1996, 332; Hodge 2000, 117). Jälkimmäistä vaihtoehtoa edustavat esimerkiksi kunnallinen virasto, liikelaitos<sup>9</sup> tai julkisen ja yksityisen toiminnan välimaastoon sijoittuva kunnallinen osakeyhtiö.

Kansalaisten mielipiteissä palvelujen ulkoistaminen ja yksityistäminen (*privatizing*) esiintyvät usein rinnakkain ja toistensa synonyymeina (Kansalaismielipide ja kunnat 2006, 19; vrt. Kansalaismielipide ja kunnat 2000, 35–36). Komulaisen (2010, 41) mukaan ulkoistaminen on käsitteellisesti vietyliikaa yksityistämisen alle, jolloin näiden kahden käsitteen erot ovat jääneet epäselviksi. Fredriksson ja Martikainen (2006, 9) (ks. myös Jensen & Stonecash 2004, 5) ovat määritelleet yksityistämiseen liittyen pysyvän omaisuuden siirron julkiselta yksityiselle. Sen sijaan ulkoistuksessa toiminta siirtyy ulkopuolisen toiminnanohjauksen alaisuuteen määrääjäksi. Julkisyhteisö, useimmiten kunta, voi ulkoistamisessa siirtää aiemmin itse hoitamansa toiminnon yksityisen sijasta myös julkiselle toimijalle, kuten kunnalliselle liikelaitokselle (Sutela 2003, 13; ks. myös Komulainen 2010, 44).

Viime vuosina erilaiset yhteistyömuodot ovat lisääntyneet sekä julkisen sektorin sisällä, että sen ja muiden sektoreiden välillä. Yhteistyö on myös saanut yhä monimutkaisempia muotoja, joissa mukana on useita toimijoita. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden (*PPP, Public-Private-Partnership*) käsitteellä tarkoitetaan julkisen ja yksityisen sektorin välisiä yhteistyömuotoja sellaisella toiminta-alueella, joka perinteisesti on kuulunut julkiselle sektorille. Sen pääasiallisena tarkoituksena on ollut tehostaa toimintaa. Kumppanuus voi kohdistua jonkin infrastruktuurin rahoittamiseen, rakentamiseen, uudistamiseen, hallintointiin, huoltoon tai jonkin palvelun toimittamiseen. Kumppanuusjärjestelylle ominaista on yhteistyösuhteen suhteellinen pitkäkestoisuus, toteutettavan hankkeen monimuotoisuus, yksityinen tai molempien osapuolten rahoitus sekä toimintaan liittyvien riskien jako. (Savas 2000, 3–4; Klijn & Teisman 2005, 95–96; Hodge 2005, 305, ks. myös Hodge ym. 2011).

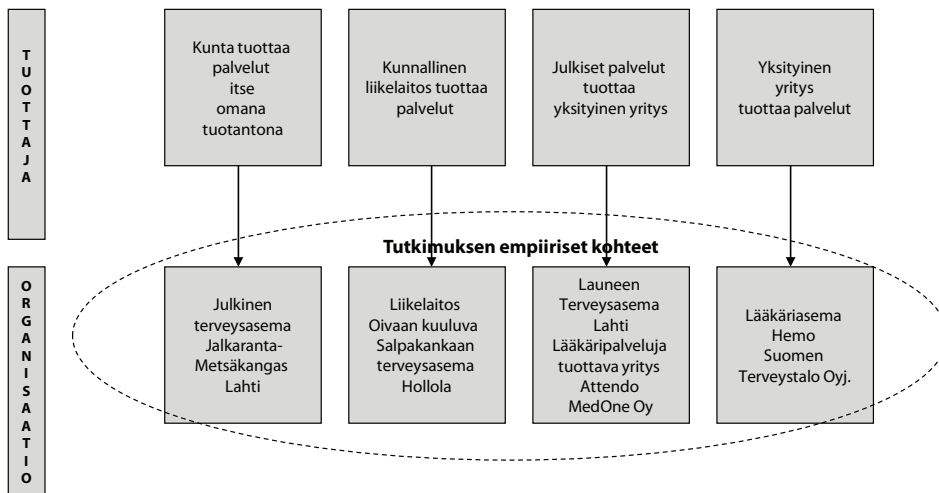
Tässä tutkimuksessa on mukana neljä organisaatiota, jotka edustavat erilaista palvelujen tuotantoa: julkinen oma tuotanto, yksityiselle ulkoistettu julkinen tuotanto, yksityinen tuotanto sekä kunnallinen liikelaitostuotanto. Organisaatiot ovat Lahdesta Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen terveysasemat sekä Suomen Terveystalo Oy:n omistama yksityinen lääkärikeskus Hemo. Hollolasta on mukana Salpakankaan terveysasema, joka vuoden 2007 alusta liitettiin kunnalliseen liikelaitos Oivaan. Lahdessa terveysasemia on kaikkiaan viisi: Keskusta, Laune, Ahtiala, Mukkula ja Jalkaranta-Metsäkangas. Keskustan ja Launeen terveysasemien toiminnat on ulkoistettu ja palvelut tuottaa yksityinen Attendo MedOne. Ensin ulkoistettiin Keskustan terveysaseman palvelut

---

<sup>9</sup> Liikelaitoksella tarkoitetaan kunnan tai kuntayhtymän perustamaa taloudeltaan itsenäistä yksikköä, joka voidaan perustaa kunnan liiketoimintaa tai liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten (Kuntalaki 365/1995). Valkaman (2004, 93) mukaan liikelaitoksen etuina ovat julkisen omistuksen ja kunnallispoliittisen päätöksenteon yhdistyminen joustavampaan organisoitumiseen.

1.8.2004, ja sen jälkeen tässä tutkimuksessa mukana olevan Launeen terveysaseman palvelut 1.9.2005. Laune valittiin tähän tutkimukseen siksi, että palvelujen ulkoistamisesta oli kulunut aikaa ensimmäisen kyselyn toteuttamishetkellä alle vuosi. Kirjallisuudessa on viitteitä siitä, että institutionaalisen mallin vaihtuessa (esim. julkisesta yksityiseksi), sisältyy prosessiin epävakaa kausi (Greenwood ja Hinings 1993), jolloin organisaatio etsii identiteettiään ja toimijat etsivät motivaatiotaan (Dutton ja Dukerich 1999, 550). Tutkimus ajoitettiin tarkoituksellisesti kyseiselle epävakaa kaudelle.

Lahdessa terveysasemien ulkoistamista perusteltiin pääosin jatkuvalla lääke-rivajeella, joka johtui lääkäreiden haluttomuudesta hakea avoimna olevia virkoja (Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 26.4.2005). Lahden naapurikunnan Hollolan Salpakankaan terveysasema on mukana tutkimuksessa vertailukohteena siksi, että lääkäriytyövoimaa on siirtynyt Lahdesta naapurikuntiin (Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 9.12.2003). Hollola, Hämeenkoski ja Kärkölä muodostivat vuoden 2006 loppuun asti Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymän, jossa terveysasemia oli kaikkiaan neljä: Salpakangas, Vesikansa, Järvelä ja Hämeenkoski. Kyseiset terveysasemat kuuluvat nyt liikelaitos Oivaan. Tutkimuksen empiiriset kohteet on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Tutkimuksen empiiriset kohteet

Suomessa julkisten terveysasemien toiminnan ulkoistamisella on lyhyet perinteet, vaikka viime vuosina kyseinen toiminta yleistynyt nopeasti. Vuonna 1998 ensimmäisenä kuntana Karjaa ulkoisti sekä terveyskeskustoimintansa että vanhusten avo- ja laitoshoidon. Bolinin (2007) mukaan Karjaalla ulkoistamiseen johtivat pääosin 22 % maan keskiarvoa korkeammat terveydenhuollon



ja vanhustenhuollon yhteenlasketut menot. Palveluntuottajien kilpailutusta ei nähty tarpeelliseksi, eikä senaikainen lainsäädäntö sitä vaatinut. Karjaa solmi kymmenvuotisen sopimuksen kolmannen sektorin toimijan Folkhälsanin kanssa. Toiminnan alussa oli hankaluuksia, koska molemmat osapuolet, sekä tilaajan että tuottaja, kokivat oman roolinsa haasteellisena. Sopimukseen oli jäänyt puutteita vastuiden jakaantumisesta ja taloudellis-toiminnallisten muutosten hallinnasta pitkän sopimusjakson aikana. Myös sopimuksen noudattamisen valvonta koettiin Karjaalla ongelmallisena. Ulkoistamisesta huolimatta Karjaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti säilyivät maan keskiarvon yläpuolella. Tilanne saatiin hallintaan vuonna 2005, jolloin menot laskivat maan kuntien keskitasolle. Karjaa päätti jatkaa palvelujen ulkoistamista myös Folkhälsanin sopimuksen päättymisen jälkeen ja kilpailutti palveluntuottajat keväällä 2007 hankintalain edellyttämällä tavalla. (vrt. Granqvist 1997.) Vuonna 2009 eri puolilla Suomea oli 37 ulkoistettua terveysasemaa, jotka yhteensä palvelivat noin 400 000 asukkaan väestöä. Suurin kunnille lääkäripalveluja tarjoavista yrityksistä oli Attendo MedOne. (Mikkola & Tuominen 2010.)

### **1.3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla institutionaalisen teorian mukaisesti erilaisia terveydenhuollon palveluntuottajien organisoitumismuotoja. Institutionaalisella teorialla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa organisaatiotutkimukseen ja sosiologiaan liittyvää uutta institutionalismia (DiMaggio & Powell 1983), joka tuottaa tietoa siitä, miten institutionaalinen ympäristö muovaa, välittää ja ohjaa sosiaalisia valintoja (Hoffman 1999, 351). Vertailun kehikkona tutkimuksessa on institutionaalisen vertailun malli, jonka ulottuvuuksina organisaatiomuotojen lisäksi ovat institutionaalisesta teoriasta valitut kolme tasoa ja niiden empiiriset sovellutukset tässä tutkimuksessa sekä aika. Institutionaalinen taso voidaan jakaa regulatiiviseen, normatiiviseen ja kulttuuris-kognitiiviseen alueeseen, jotka useiden tutkijoiden mielestä ovat instituutioiden tärkeimmät elementit tai niitä tukevat pilarit. (Scott 1995/2001, 51.) Aiheen laajuuden vuoksi tutkimus on rajattu koskemaan pääosin normatiivista ja kulttuuris-kognitiivista tasoa. Regulatiivisen tason tieto otetaan tutkimuksessa annettuna.

Terveydenhuollossa yksityistä palvelutuotantoa lisäävän strategian tavoitteet ovat olleet tehostaa toimintaa, lisätä kilpailua ja luoda asiakkaille valinnan mahdollisuuksia. Siihen, mitä esimerkiksi ulkoistetuissa julkisissa organisaatioissa tapahtuu, on kiinnitetty hyvin vähän huomiota.

Siksi tutkimuksen päätehtävänä on organisaatioiden toiminnan ja toimijoiden vertailulla tuottaa lisätietoa julkisesta, yksityisestä ja ulkoistetusta palveluntuottajaorganisaatiosta.



1. Asiakkaiden näkökulmasta tarkastellaan organisaatiotyypeittäin
  - asiakkaiden taustan yhteyttä kokemuksiin palvelujen laadusta
  - eroja asiakkaiden preferensseissä<sup>10</sup>
  - eroja asiakkaiden kokemuksissa palvelujen laadusta
2. Henkilöstön näkökulmasta tarkastellaan eri organisaatioissa
  - eroja henkilöstön preferensseissä
  - eroja henkilöstön sitoutumisessa

Tutkimuksessa vertaillaan julkisen terveysaseman, ulkoistetun julkisen terveysaseman, liikelaitoksen osana toimivan terveysaseman ja yksityisen lääkärikeskuksen toimintaa kolmen vuoden aikana. Keskeistä on erojen lisäksi löytää myös yhtäläisyyksiä ja seurata ajassa tapahtuvaa mahdollista muutosta. Terveydenhuolto on viimeisiin vuosikymmeniin asti edustanut lähes muuttumatonta vahvasti institutionalisoitunutta aluetta (Scott 2003, 24). Päijät-Häme tarjoaa otollisen lähtökohdan institutionaaliselle vertailututkimukselle, koska kaikki tutkittavat erilaiset terveystalusten organisointimuodot sijaitsevat samalla alueella lähellä toisiaan.

## 1.4 TUTKIMUKSEN RAKENNE

Johdannon jälkeisessä toisessa luvussa tarkastellaan julkisten ja yksityisten terveydenhuollon palvelujen vertailun lähtökotia. Ensiksi esitellään viimeaikaista perusterveydenhuollon tutkimusta Suomessa. Toiseksi käydään läpi julkisiin ja yksityisiin terveydenhuollon palveluihin liittyviä käsitteitä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan tehdä varsinaista käsiteanalyysiä, vaan käsitteet määritellään siinä laajuudessa, kun tutkimusasetelman ja tutkimuksen etenemisen sekä tulosten ymmärtämisen kannalta on tarpeellista. Kolmanneksi esitellään organisaatio-tutkimukseen ja sosiologiaan liittyvän uuden institutionalismin keskeisiä käsitteitä. Neljänneksi pohditaan institutionaalisen teorian soveltuvuutta muutosteoriansi.

Kolmannessa luvussa kuvataan tutkimuksen metodologisia lähtökohtia. Ensiksi käydään läpi tutkimusta ohjaavia ontologisia ja epistemologisia taustasitoumuksia. Toiseksi perustellaan tutkimuksen metodisia valintoja. Kolmanneksi esitellään institutionaalisen vertailun malli, joka on samalla tutkimusasetelma. Neljänneksi syvennyttään yksityisen ja julkisen organisaation vertailun kysymyksiin. Viidenneksi esitellään tutkimuksen aineistonkeruu- ja analysointimenetelmät.

Neljännessä luvussa käydään läpi tutkimuksen kohteena olevia organisaatioita ja niiden sijaintikuntien terveydenhuollossa toteutettuja muutoksia. Tutkimuksen tulokset esitetään luvussa viisi. Ensiksi tarkastellaan kyselyyn vas-

---

<sup>10</sup> Preferenssi on peräisin ranskan sanasta *préférence*, parempana pitäminen (Sivistyssanakirja 1989, 63). Suomen kielessä sanalla on merkitykset etuoikeus, etuus tai etusija (Suomen kielen perussanakirja 1992, 517). Preferenssin käsitteeseen palataan tarkemmin tutkimuksen toisessa luvussa.

tanneiden asiakkaiden taustamuuttujia. Toiseksi kuvataan asiakkaiden kokema palvelujen laatua vuosina 2006–2008. Kolmanneksi tarkastellaan taustamuuttujien yhteyttä asiakkaiden kokemaan palvelujen laatuun. Neljänneksi verrataan asiakkaiden preferenssejä ja kokemuksia palvelujen laadusta terveysasemittain vuosina 2006–2008. Viidenneksi tarkastellaan henkilöstön taustamuuttujia vuosina 2006–2008. Kuudenneksi verrataan terveysasemittain henkilöstön preferenssejä ja sitoutumista vuosina 2006–2008.

Viimeisessä kuudennessa luvussa arvioidaan käytettyjen mittareiden, menetelmien sekä tutkimustulosten luotettavuutta. Lisäksi tehdään yhteenveto keskeisimmistä tuloksista ja esitetään jatkotutkimusaiheita.

# *2 Julkisten ja yksityisten terveydenhuollon palvelujen institutionaalisen vertailun lähtökohdat*

## **2.1 PERUSTERVEYDENHUOLLON VIIMEAIKAINEN TUTKIMUS SUOMESSA**

Perusterveydenhuoltoa on Suomessa viimeisen vuosikymmenen aikana tutkittu monesta eri näkökulmasta. Osa tutkimuksista painottuu perinteisiin terveydenhuollon aiheisiin. Esimerkiksi Hyvösen (2004) väitöskirjan aiheena on ollut perusterveydenhuollon mielenterveystyön moniulotteinen ja moniammatillinen yhteistyö. Lehtomäki (2009) ja Alanen (2009) ovat tutkineet hoitosuosituksen toteutumista ja toimeenpanoa terveyskeskuksissa. Osa tutkimuksista puolestaan keskittyy tuomaan esiin toimintaympäristön muutosten vaikutuksia terveydenhuollossa. Esittelen seuraavassa viimeksi mainituista muutamia, omaa tutkimusaiheittani sivuavia tutkimuksia.

Timosen (2004) väitöskirjatutkimuksen lähtökohtana oli syrjäisten alueiden lääkärivaje ja toisaalta telelääketieteen mukanaan tuomat mahdollisuudet järjestää palveluja uudella tavalla. Timonen selvitti voidaanko lääkärin vastaanotto- palveluita tuottaa videoneuvottelujärjestelmää käyttäen. Tutkimustulokset osoittivat, että toimivan kohtuuhintaisen etävastaanottojärjestelmän rakentaminen on mahdollista alueellista atk-verkkoa käyttäen. Potilaat olivat etävastaanottoon vähintään yhtä tyytyväisiä kuin tavalliseen vastaanottoon. Tulosten mukaan etävastaanottomalli mahdollistaa tehokkaan tiedon ja osaamisen siirtymisen välimatkasta riippumatta ja luo edellytykset uudentavallisille tavoille organisoida terveydenhuollon palveluita.

Saxen (2009) on väitöskirjassaan tutkinut työhyvinvointia, koulutusta ja toiminnan kehittämistä terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta. Aineisto on koottu vuosina 2003–2006. Tutkimustulosten mukaan lääkärivajeella oli vain vähäisiä vaikutuksia terveyskeskushenkilökunnan viihtyvyyteen. Lääkärivajeen myönteisinä vaikutuksina nähtiin toimintojen uudelleen järjestäminen ja tehtävien priorisointi. Henkilöstö oli enimmäkseen motivoitunutta ja tyytyväistä työhönsä. Henkilöstöllä oli kiinnostusta laajentaa ja syventää

tehtäväkuvaansa sekä myös kouluttautua sitä varten. Lääketieteen- ja hoitotyön opiskelijoilla havaittiin jo opiskeluaikana vahva ammatti-identiteetti ja ymmärrys omasta merkityksestä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

Peltosen (2009) väitöstutkimus tuotti uutta tietoa vastaanottotyötä tekevien lääkärin ja hoitajien työn ja työnjaon kehittämisen perustaksi. Perusterveydenhuollon henkilökunnalle, hallinnolle ja asiakkaille suunnatun kyselytutkimuksen perusteella laadittiin parhaat käytännöt yhdistävä vastaanottotoiminnan malli. Tutkimustulokset osoittivat, että lääkäreiden ja hoitajien vastuuväestöt olivat hyvin suuria ja että he kokivat työmääränsä liian suureksi. Lääkärit kokivat oman työnsä hallinnan vaikeaksi. Asiakkaat puolestaan toivoivat omaa lääkäriä ja hoitajaa. Tulosten perustella Peltonen esittää, että vastaanottotoiminnan kehittämisessä tulee tehostaa suunnittelua ja arviointia. Lääkäreiden ja hoitajien työ tulee suunnitella ja mitoittaa tarkoituksenmukaisesti ja sitä tulee arvioida säännöllisesti. Henkilöstö näki työnjaon selkiyttämisen sekä puhelinneuvonnan ja päivystystoiminnan tehostamisen keskeisinä kehittämiskäsitteinä. Hallinnon edustajille keskeisintä työnjaon kehittämisessä olivat vastaanottojen suunnitelmalliset ja yhtenäiset lääkäreiden ja hoitajien työtä ohjaavat toimintamallit. Asiakkaat korostivat toiminnan kehittämisessä henkilöstön riittävyyttä, palvelujen saatavuutta ja tiedottamista. Tulosten mukaan terveyskeskusten päivystystoiminnan ruuhkautumiseen voidaan vaikuttaa perustamalla hoitajille itsenäiset vastaanotot ja ennakoimalla ruuhka-aikoina hoitajien lisätarve. Lääkäreiden ja hoitajien tehtävä- ja vastuunjaosta tulee sopia kirjallisesti. Keskinäiset konsultaatiot tukevat työjakoa ja yhteistyötä. Tutkija näkee mallin soveltuvan vastaanottotoiminnan kehittämiseen ja siellä toimivien henkilöstöryhmien oman työn jäsentämiseen sekä keskinäisen työnjaon kehittämiseen.

Jylhäsaari (2009) on tarkastellut väitöstutkimuksessaan Espoon, Lahden, Vaasan, Kajaanin, Keravan, Nokian, Varkauden ja Raision perusterveydenhuollon ja erityisesti vastaanottotoiminnan hallinnon kehitystä vuosina 1993–2004. Tutkimusta varten haastateltiin 21 sosiaali- ja terveystoimen johtavaa viranhaltijaa. Jylhäsaaren mukaan perusterveydenhuollon hallinnon kehittämisessä New Public Management -ajattelun soveltamiseen organisaatioiden uudistamisessa on ajautettu ratkaistaessa lääkärripulan kaltaisia käytännön ongelmia. Väitöstyössä tutkittiin ostopalveluiden käyttöä, organisaatio- ja johtamisuudistusten toteuttamista, strategista johtamista sekä tulostulostusta. NPM:n todettiin vaikuttaneen kuntien perusterveydenhuollon organisaatioiden uudistuksiin. Suhtautuminen NPM:n mahdollisuuksiin johtamisessa ja organisoimisessa on ollut kuitenkin hyvin käytännönläheinen, sillä päätavoitteena on ollut palveluiden turvaaminen. Kaupungit ovat käyttäneet Lahtea lukuun ottamatta ostopalveluita vähän. Eniten niitä on käytetty terveysasemien yö-, ilta- ja viikonloppupäivystyksissä. Organisaatio- ja johtamisuudistusten määrässä on ollut huomattavia eroja kaupunkien välillä. Uudistuksilla on useimmiten tavoiteltu taloudellisia säästöjä tai etsitty uusia toimintamalleja (ks. myös Riivari, Laiho, Myllyntaus & Kiviniemi 2010).

Tiilikka, Palukka ja Tolkki (2009) ovat tutkineet perusterveydenhuollon kilpailullisten toimintatapojen merkitystä terveydenhuollon työntekijöiden ja kunnan

viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla terveydenhuollon työntekijöitä ja johtavia viranhaltijoita kolmessa Etelä-Suomen kunnassa, joista jokaisessa yksi terveysasema oli ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle. Tutkimusmenetelmät olivat laadullisia. Terveysasemien työntekijöistä osa oli virkavapaalla kunnan tai kuntayhtymän palveluksesta ja määräaikaisessa työsuhteessa yksityisen palveluntuottajan kanssa, osa oli työsuhteessa suoraan yrityksen kanssa. Kahdella kolmesta kyseisistä terveysasemista virkälääkärit eivät saaneet ulkoistamisvaiheessa virkavapautta, vaan heidän toivottiin siirtyvän alueen muille kunnallisille terveysasemille. Toimenpiteellä pyrittiin parantamaan koko alueen lääkäritilannetta. Suhteellisen suuri osa lääkäreistä siirtyi kuitenkin yksityisille lääkäriasemille.

Tiilikan ym. (2009) tutkimustulokset osoittavat, että lääkärivaje leimasi terveysasemien tilannetta voimakkaasti ennen palvelujen ulkoistamista. Toiminta oli päivystysluonteista eli asiakkaat jonottivat hoitoon, kun vastaanottoaikoja ei ollut tarjolla. Ulkoistamisen jälkeen lääkäritilanne parani ja vastaanottoaikoja oli jaossa huomattavasti aikaisempaa enemmän. Myös valitukset palvelun laadusta vähenivät. Hoito muuttui suunnitelmien myötä tavoitteellisemmaksi ja hoitajien työ tuli selkeämmin osaksi kokonaisuhoitoprosessia. Työnjaollisten muutosten myötä terveydenhuollossa perinteisesti korostuva hoitajien ja lääkärien välinen hierarkia madaltui. Ulkoistaminen paransi tutkimuksen kohteina olevien terveysasemien toimintaa merkittävästi. Henkilöstö näki kuitenkin ulkoistamisen enemmänkin tilapäisenä ratkaisuna kuin pysyvänä perusterveydenhuollon ongelmien ratkaisijana. Paluuta entiseen pidettiin silti epätodennäköisenä. Ulkoistamisen itsessään nähtiin tuovan uusia haasteita terveydenhuoltojärjestelmän jo olemassa oleviin ongelmiin. Tutkittavat uskoivat terveyspalvelujen ulkoistamisen valtakunnallisesti lisääntyvän, vaikka eivät pitäneetkään ulkoistamista parhaana mahdollisena palvelujen tuottamistapana.

Edellä mainituissa tutkimuksissa perusterveydenhuollon uudistuksia tarkastellaan päättäjäien, henkilöstön ja asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksissa toistuvat ajankohtaiset teemat, jotka tulevat esiin myös omassa tutkimuksessa: ulkoistaminen, lääkärivaje, palvelujen uudelleen järjestäminen ja henkilöstön työssä viihtyvyys. Tutkimukseni vahvistaa asiakasnäkökulmaa tuomalla uutta tietoa asiakkaiden kokemuksista erilaisissa palveluntuottajaorganisaatioissa. Sekä Suomessa että kansainvälisesti yksityistämisen yhteyttä henkilöstön asemaan on tutkittu vähän (Haatainen 2003, 6). Henkilöstön osalta tutkimuksessani on paljon samoja elementtejä kuin Tiilikan ym. (2009) tutkimuksessa. Uuden näkökulman asiaan tuo kuitenkin se, että kyseessä on yksityisten ja julkisten terveydenhuollon organisaatioiden pitkittäis- ja vertailututkimus. Vertailua tehdään institutionaalisen teorian näkökulmasta. Yksityistä ja julkista terveydenhuoltoa vertailumetodilla ovat aiemmin väitöskirjoissaan tutkineet Vuori (1995) ja Jäntti (2008). Vuori on tutkinut hallintotieteen väitöstyössään henkilöstön merkitysuhteita julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Jäntti terveyshallintotieteen alaan kuuluvan tutkimuksen aiheena on kansalaisten julkisten ja yksityisten lääkäripalvelujen valinta.

## 2.2 JULKISET JA YKSITYISET TERVEYDENHUOLLON PALVELUT

Palvelulla<sup>11</sup> tarkoitetaan arkikielessä toimintaa jonkin hyväksi, tukemiseksi tai auttamiseksi. Palveluilla voidaan viitata yhteiskunnan toimintoihin, palveluita tuottaviin organisaatioihin tai yksittäisiin toimenpiteisiin. Palvelulla voidaan tarkoittaa myös toimintaa ohjaavaa periaatetta. (Kiviniemi 1985, 6; Vuorela 1989, 3.) Palveluntuottajalla viitataan kunnan sisäiseen tai ulkoiseen toimijaan, joka hallinnoi palvelujen tuotantoprosesseja. Tuottaja on vastuussa palvelujen laadusta sekä tilaajalle että asiakkaalle. (Kuopila ym. 2007, 10–11.)

Palvelua on määritelty monin eri tavoin ja palvelun käsitteeseen on liitetty useita perusominaisuuksia esim. aineettomuus, heterogeenisuus, tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus, asiakkaan osallistuminen tuottamiseen sekä tapahtuman ainutkertaisuus. (Normann 1985, 19; Grönroos 1987, 29-30). Palvelut eroavat hyödykkeistä muun muassa siinä, että palveluita ei voi varastoida, palauttaa tai myydä uudelleen (Zeithaml & Bitner 1996, 21.) Liiketaloustieteiden alaan kuuluvissa määritelmissä korostuu usein lyhytkestoinen asiakkaan ja palveluhenkilöstön vuorovaikutustilanne. Palveluluonteisten julkisten organisaatioiden<sup>12</sup> palvelujen nähdään myös toteuttavan jotakin laajempaa yhteisöllistä tehtävää, jolla voidaan vaikuttaa asiakkaiden käyttäytymiseen, sitouttaa heidät yhteiskuntaan tai valvoa heitä. (Oulasvirta 2007, 79–81.) Tässä tutkimuksessa palvelu ymmärretään Grönroosia (2010) mukaillen siten, että asiakas ymmärtää ja kokee palvelun tuotantoprosessin osaksi palvelun kulutusta. Hän kokee itsensä osana tuotantoprosessia, josta muodostuu merkittävä osa palvelukokemusta. Grönroos (2010, 86) on ilmaissut asian seuraavasti:

Palvelujen johtamisen ja markkinoinnin ymmärtämiseksi on välttämätöntä ymmärtää, että palvelun kuluttaminen tarkoittaa pikemminkin *prosessin* kuin *lopputuloksen kuluttamista*. Kuluttaja tai käyttäjä kokee palveluprosessin (tai palvelun tuotantoprosessin) osaksi palvelun kulutusta; hän ei siis koe kuluttavansa vain prosessin lopputulosta, niin kuin fyysisten tuotteiden perinteisessä markkinoinnissa on totuttu ajattelemaan. Kun asiakkaat kuluttavat palveluja, he kokevat ainakin jossain määrin myös palvelun tuottamisen prosessin ja osallistuvat siihen. Kulutusprosessi johtaa asiakkaan saamaan lopputulokseen, joka siis syntyy palveluprosessin tuloksena. Tästä syystä palveluprosessin kulutus on ratkaisevan tärkeä osa palvelukokemusta. Palvelun laatua koskevat tutkimukset osoittavat, että prosessin kokeminen vaikuttaa merkittävästi palvelun kokonaislaadun kokemiseen, joskin tyydyttävä lopputulos on tietysti hyvän laadun välttämätön edellytys.

---

<sup>11</sup> Palvelu -käsitteen etymologinen tausta on epäselvä, vaikka Suomen vanhassa kirjakelellä termi palvelu ja siihen liittyvä tekijänimi palvelija ovat esiintyneet Agricolaalta lähtien (Häkkinen 2004, 867–868).

<sup>12</sup> Julkiset organisaatiot voidaan jaotella niiden toiminnan luonteen mukaisesti valvontaluonteisiin, tuotantoluonteisiin ja palveluluonteisiin organisaatioihin. Palveluluonteisten organisaatioiden tehtäviä ovat opetus, tiede ja kulttuuri- ja terveydenhuolto, työvoima ja osittain myös liikenne. (Kiviniemi 1985, 33–38.)

Asiakkaiden kokemalla palvelujen laadulla katsotaan olevan kaksi ulottuvuutta, tekninen ulottuvuus ja toiminnallinen ulottuvuus. Teknisellä laadulla tarkoitetaan prosessin teknistä lopputulosta eli sitä, mitä asiakas saa käytettyään organisaation palveluja. Palvelun laadulla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa palvelun toiminnallista laatua eli sitä, miten yhteistyö organisaation ja asiakkaan välillä sujuu (Grönroos 1987, 32; vrt. Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985). Terveysthuollossa toiminnalliseen laatuun vaikuttavat odotusajat, hoitohenkilöstön asenteet ja palveluulttius, tiedonsaanti, asiakaspaperien selkeys jne.

Asiakkaan on usein käytävä läpi monia vaiheita saadakseen käyttöönsä palvelun. Kaikista näistä vaiheista on käytetty yhteisnimitystä asiointitapahtuma tai asiointiprosessi (esim. Vuorela 1989, 38; Jylhä 1992, 17) Asiointiprosessissa aktiivista asiointiaikaa on vain haluttu palvelu esim. tässä tutkimuksessa lääkärin vastaanotto. Ennen lääkärin vastaanottoa terveysthuollossa asiakas joutuu muun muassa varaamaan ajan ja jonottamaan ilmoittautumiseen. Vastaanottokäynnin jälkeen hän saattaa jäädä odottamaan laboratoriotuloksia tai varata ajan seuraavalle lääkärikäynnille. (ks. Oulasvirta 2007, 82.)

Lehtinen (1983) on erotellut vastaavasti palveluntuotantoprosessissa liittymisvaiheen, kulutusvaiheen ja irrottautumisvaiheen. Liittymisvaiheessa asiakas on ensi kertaa yhteydessä palveluja tuottavaan organisaatioon käyttäkseen varsinaista ydinpalvelua. Liittymisvaiheeseen kuuluvat erilaiset liitännäispalvelut (esim. ajanvaraus ja ilmoittautuminen) ja mahdollisesti myös tukipalvelut (esim. tarjolla olevat lehdet). Tukipalveluja käytetään ainoastaan arvon lisäämiseksi, palvelun erilaistamiseksi tai tuomaan kilpailuetua markkinoilla. Ydinpalvelut (esim. lääkärin vastaanotto) keskittyvät prosessin kulutusvaiheeseen. Irrottautumisvaiheessa asiakas poistuu palveluntuotantojärjestelmästä. Irrottautumisvaiheeseen kuuluvat liitännäispalvelut (esim. maksaminen tai uuden ajan varaaminen). Myös tukipalvelut voivat liittyä tähän vaiheeseen. (Grönroos 1987, 71–72; vrt. Normann 1992, 69.)

Terveysthuollolla ymmärretään joukkoa yksilöön, väestöön ja ympäristöön kohdennettuja järjestelmällisiä palveluja, joiden tavoitteena on sairauksien ennaltaehkäiseminen, toteaminen ja hoito (Martikainen 1993, 161; vrt. Penttilä & Sipilä 1987, 22). Terveysthuollon palvelujen luonnetta voidaan pitää muista palveluista poikkeavana, koska asiakkaiden kyky etsiä aktiivisesti tai vapaaehtoisesti palveluita eli hoitoa voi olla rajoittunut. Asiakkaat eivät myöskään usein pysty itse kriittisesti arvioimaan saamansa hoidon lääketieteellistä tasoa. Tästä syystä heille keskeisiksi asioiksi voivat muodostua hoitoprosessin sujuvuus, hoidon lopputulos ja tieto sairauden vakavuudesta. (Angelopoulou, Kangis & Babis 1998, 14.) Eryityisesti julkisissa organisaatioissa järjestelmä ohjaa asiakasta käyttämään tiettyjä palveluja. Asiakkaalla ei potilaan roolissa ole juurikaan mahdollisuuksia, tai hänen ei tarvitse, vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin valintoihin. Asiakkaan puolesta valtaa käyttää useimmiten lääkäri. (Sintonen & Pekurinen 2006, 48–51; Jäntti 2008, 44.) Viimeaikainen tutkimus on osoittanut, että yksilöiden terveysthuollon palvelujen valintaan vaikuttavat useat eri tekijät. Yksilöiden valinnan mahdollisuuksien tarkka määrittely on todettu vaikeaksi. (ks. esim. Fasolo ym. 2010; Vuori ym. 2010).



Yksityisillä terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lain yksityisestä terveydenhuollosta (L 1990/152) määrittämiä palveluja, jotka voivat olla laboratoriotointa, radiologista toimintaa ja muita siihen verrattavia kuvantamis- ja tutkimusmenetelmiä, muita terveydentilan tai sairauden toteamiseksi taikka hoidon määrittelemiseksi tehtäviä tutkimuksia ja toimenpiteitä, fysioterapeuttista toimintaa ja muita suorituskykyä parantavia ja ylläpitäviä toimenpiteitä ja terapioita, työterveyshuoltoa, lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja ja muuta terveyden- ja sairaanhoitoa sekä näihin rinnastettavia palveluja, hierontaa sekä sairaankuljetuspalveluja. Tämä tutkimus keskittyy edellä mainituista pääosin lääkäripalveluihin, mutta sivuaa myös muuta terveyden- ja sairaanhoitoa (terveyden-/sairaanhoitajan palvelut) sekä laboratoriotointa.

Julkisilla terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kansanterveyslain (L 1972/66) kunnalle määräämiä yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvia tehtäviä: terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Edellä mainitut toiminnot sisältyvät kansanterveystyöhön, josta käytetään myös nimitystä perusterveydenhuolto. Tutkimuksessa rajaudutaan kansanterveyslain (3 luku, 14 §, 2 momentti) kohtaan, joka velvoittaa kunnan järjestämään asukkaiden sairaanhoidon sisältäen lääkärin suorittaman tutkimuksen, hänen antamansa tai valvomansa hoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen.

Kansanterveystyöstä säädetään 1.5.2011 voimaan tulevassa terveydenhuolto-laissa (L 2010/1326), jossa tarkentuvat kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien terveydenhuollon palvelujen toteuttaminen ja sisältö. Lain tarkoituksena (1 luku, 2 §) on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta; kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja; toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta; vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuoltolaki on tässä tutkimuksessa haluttu ottaa huomioon kansanterveyslakia täydentävänä ja tarkentavana. Tutkimuksessa rajaudutaan lain osalta väestön terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen, väestön tarvitsemien palvelujen laadun toteutumiseen sekä terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyteen.

Asiakkaan käsite on peräisin yksityiseltä sektorilta. Siihen on liitetty kuluttajuuden periaatteita kuten palvelujen saatavuus, valinta, tiedotus, valitusmahdollisuus ja edustuksellisuus (Potter 1988; ks. myös Lillrank 1998, 42–46). Asiakkaan käsitteen käyttö julkisella sektorilla on nähty ristiriitaisena, koska kuluttajuusajattelu ei välttämättä sovi pitkjänteisesti työskenteleviin julkisen hallinnon organisaatioihin. Palvelu- ja laatuajattelun myötä käsite on kuitenkin vakiintunut myös julkiselle sektorille (Oulasvirta 2007, 82–83). Julkisissa palveluissa asiakkuus on usein jaettua, koska palvelujen rahoittaja ei välttämättä ole sama kuin palvelujen käyttäjä (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 109). Asiakas voi myös olla yk-



silö tai ryhmä. Tässä tutkimuksessa asiakkaalla tarkoitetaan yksittäistä henkilöä, joka kuluttaa palvelun (Grönroos 2010, 419.)

Potilaalla tarkoitetaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) määriteltyä terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Lain mukaan potilas voi siten olla sairas tai terve. Potilasvahinkolaki (L 1986/585) määrittää potilaan oikeudet saada korvausta terveydenhuollossa aiheutuneista vahingoista. Jokaiseen terveydenhuollon toimintayksikköön on nimettävä potilasasiamies, joka edistää ja toteuttaa potilaan oikeuksia (L 1992/785). Potilaaseen suojattuna hoidon objektina liittyy vallan, oikeudellisuuden ja valinnanvapauden kysymyksiä, jotka erottavat hänet asiakkaasta ja kuluttajasta (Paaso, 2002, 14–15.)

## **2.3 INSTITUTIONAALISEN TEORIAN KESKEISET KÄSITTEET**

Tutkimuksen näkökulmaksi on valittu organisaatiotutkimukseen ja sosiologiaan liittyvä uusi institutionalismi, jolle Dimaggion & Powellin (1991, 9–10) mukaan on ominaista käytäntöjen ja toimintojen yhdenmukaisuus, sopivat muodolliset käyttäytymismallit sekä muutoksen hitaus. Sosiologiassa ja organisaatioteoriassa instituutiot eivät välttämättä ole syntyneet tietoisien ja tarkoituksellisten toiminnan tuloksena, vaan niiden alkuperään liittyy myös kognitiivisia ja kulttuurisia selityksiä. Pysyvyys eli inertia syntyy organisaation sisälle totunnaistumisen, historian ja perinteen aikaansaamasta arvojen yhtenevyydestä (Oliver 1992, 563).

Instituutioiden syntymisen edellyttää useilla ihmisten samankaltaista subjektiivista kokemusta tietyistä asiasta. Yksilöt huomaavat toiminnoissa toistuvuutta ja säännönmukaisuutta. Fenomenologian termein toimijat tyypittelevät toiminnot ja motiivit, joihin he olettavat niiden liittyvän. Tyypittelystä syntyy vuorovaikutusprosessi, jonka kuluessa yksilöt alkavat muovata käytöstään toinen toistensa mukaan. Instituution voidaan katsoa syntyneen silloin, kun prosessin ulkopuolinen toimija tunnistaa toiminnan piirteet. (Berger & Luckmann 1966, 72–76.)

Organisaatiokenttä (organizational field) kuuluu institutionaalisen teorian avainkäsitteisiin. Se viittaa joukkoon organisaatioita, jotka toimivat tietyllä toimialueella. Ne voivat olla tavarantoimittajia, työntekijöitä, asiakkaita tai joukko yrityksiä, jotka tuottavat samankaltaisia tuotteita tai palveluja. (DiMaggio & Powell 1983, 148.) Organisaatiokentältä on edellytetty sekä organisaatioiden yhteyttä toisiinsa (Laumann, Galaskiewich & Marsden 1978, 458) että rakenteellista yhdenmukaisuutta (White, Boorman & Breiger 1976, 731). Tässä tutkimuksessa organisaatiokentän muodostavat samalla alueella toimivat terveysasemat, joita yhdistää paitsi lainsäädäntö myös toiminnan yhdenmukaisuus. Terveydenhuoltoa voidaan pitää Hoffmanin (1999, 367) kuvaamana vallan näytämönä, jossa poliittinen päätöksenteko ohjaa organisaatioiden toimintaa ja vaikuttaa sen kautta instituutioiden syntyyn.

Organisaatiokentällä organisaatioille on ominaista isomorfismi<sup>13</sup> (samankaltaistuminen) (DiMaggio ja Powell 1983, 1991). Isomorfismi on jaettu kolmeen erilaiseen tyyppiin: pakottavaan samankaltaistumiseen (coercive isomorphism, vrt. regulative pillar Scott 1995/2001), normatiiviseen samankaltaistumiseen (normative isomorphism, vrt. normative pillar Scott 1995/2001) sekä matkimiseen tai jäljittelyyn (mimetic isomorphism, vrt. cognitive pillar Scott 1995/2001). DiMaggio ja Powell (1983, 150) näkevät pakon, normatiivisen paineen ja jäljittelyn sosiaalisina voimina, jotka edistävät innovaatioiden leviämistä ja asettumista organisaatiokenttään. Paineet muutokseen tulevat useimmiten organisaation ympäristöstä (Björkman 1996, 21; Hinings, Greenwood, Brown, ja Cooper 1996, 43). Näin esimerkiksi julkisen terveysaseman ulkoistaminen yksityiselle taholle voidaan nähdä liiketaloudellisen innovaation leviämisenä julkisessa terveydenhuollossa.

Pakottavassa samankaltaistumisessa lainsäädäntö ja muut muodolliset säännöt luovat ne puitteet, joissa organisaatioiden on toimittava. Siksi samalla alalla toimivien organisaatioiden toiminta yhdenmukaistuu. Pakko tulee taholta, josta organisaatio on riippuvainen tai johon se on kulttuurisesti sidoksissa. Pakko voi ilmetä voimankäyttönä, suostutteluna tai kutsuna yhdenmukaisiin käytäntöihin. (DiMaggio ja Powell 1983, 150–151.) Paineet muutokseen voivat tulla esim. valtiolta (Jennings ja Zandbergen 1995, 1028–1029).

Normatiivinen institutionalisoituminen perustuu sosiaalisille velvoitteille (Scott 1995/2001, 37). Niihin sisältyvät arvot, normit ja roolit. Normatiivista samankaltaistumista voidaan verrata Bergerin ja Luckmannin sekundaariseen sosialisaatioon. Vuori (1995, 67) toteaa, että esimerkiksi lääkärit ammattiin kouluttautuessaan omaksuvat ammattiin liittyvän tietovarannon objektiivisena todellisuutena, josta sisäistämisen jälkeen tulee heidän subjektiivista todellisuuttaan. Työyhteisössä yksilö joutuu sosiaalistumaan monella tasolla. Yksilöiden on sisäistettävä työyhteisönsä arvot ja normit. Normit ovat välineitä, joiden avulla organisaation arvot toteutetaan ja tavoitteet saavutetaan. Julkinen ja yksityinen toiminta perustuvat erilaisille arvoille. Yksityinen yritys toimii liiketaloudellisin periaattein eli sen toiminnan on oltava kannattavaa. Julkisen toiminnan avulla pyritään sen sijaan järjestämään sellaisetkin palvelut, joiden tuottamisesta ei voi saada voittoa. (ks. esim. Vuori 1998, 214–215.)

Toimeentuloon liittyvän palkan lisäksi työ yksityisellä tai julkisella sektorilla palkitsee eri tavoin. Adam Smith (1933) näki julkisen arvonannon ja rahallisen palkkion samankaltaisina ja toinen toisensa korvaavina. Myös julkinen arvostus ja status tyydyttävät ihmisen tarpeita ja niitä voidaan käyttää ja kuluttaa (Arendt 2002, 62). Normatiivisen samankaltaistumisen kautta ammattiryhmien työskentely- ja toimintatavat muotoutuvat yhdenmukaisiksi. Terveystuonhuollon ammat-

---

<sup>13</sup> Sana isomorfinen on alun perin kreikkaa ja tarkoittaa samanmuotoinen tai samanrakenteinen. Termi on poikkitieteellinen ja sitä on erityisesti käytetty luonnontieteissä. Sanan tarkka määritelmä poikkeaa kuitenkin hieman eri tieteissä. Tyypillisesti termiä käytetään vertailussa, kun kuvataan jotakin osittaista yhdenmukaisuutta rakenteissa tai prosesseissa. (Adamopoulos 2008, 30.) Sosiologiassa isomorfisuudella tarkoitetaan organisaation tilan tai prosessien samankaltaisuutta vastaaviin ympäristöihin organisaatioihin. (DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Rowan 1977; Deephouse 1996.)

tilaisilla tämä asia on edennyt hyvin pitkälle. Osittain tähän vaikuttavat valtion ohjaus ja työmarkkinajärjestöt pakottavan samankaltaistumisen kautta.

Jäljittelevä isomorfismi saa alkunsa epävarmuudesta. Jos organisaatiolla ei ole selkeää kuvaa omista tavoitteistaan tai toiminnastaan, alkaa se matkia muita samalla alalla menestyviä organisaatioita (benchmarking). Matkittu organisaatio ei välttämättä ole tietoinen jäljittelystä tai se ei ehkä halua olla kopioinnin kohteena. (DiMaggio ja Powell 1983, 151–152). Joskus tutkijan on vaikea todentaa uuden toimintamallin alkuperää. Saman toimialan organisaatiot voivat ottaa käyttöönsä samanlaiset käytännöt ja kumpikin taho väittää kehittäneensä ne itse. Ilmiö toimii myös päinvastaisesti. Organisaatiot voivat väittää matkineensa jotakin ratkaisua, mutta ulkopuolinen havainnoitsija ei onnistu yhtäläisyyksiä löytämään. (Czarniawska ja Sevón 1996, 2.) Jäljittelyä tapahtuu myös organisaation sisällä, kun ongelmiin sovelletaan hyviksi koettuja vakioratkaisuja epävarmoina aikoina.

Koska institutionaalinen ympäristö on tärkeä organisaatioiden selviytymiselle ja menestymiselle, ne pyrkivät löytämään taloudellisen ja sosiaalisen yhteensopivuuden ympäristönsä kanssa. Tämä ilmenee panostuksena ympäristössä vaikuttaviin suuntauksiin. Näin saadaan synnytettyä positiivinen mielikuva organisaatiosta sekä asiakkaille että yhteistyökumppaneille. (Oliver 1996, 171–172). Instituutiot kuitenkin menettävät tehokkuuttaan ajan myötä, koska ne ovat pysyvämpiä kuin ympäristönsä. Aikaisemmin hyväksi havaitut toimintamallit muuttuvat tai katoavat eli deinstitutionalisoituvat. (Zucker 1991, 105; Genschel 1997.) Rövik (1996, 141) näkee deinstitutionalisoitumisen prosessina, jossa vakiintunut toimintatapa vähitellen menettää merkityksensä. (vrt. Oliver 1992, 564.) Toivosen (2000) mukaan uuden instituution synty edellyttää vanhan instituution häviämistä.

## 2.4 INSTITUTIONAALINEN MUUTOS

Muutokset organisaatioissa voivat tapahtua suunniteltuina tai sopeutumisenä ympäristön paineisiin. Lähestymistapoina suunniteltuun muutokseen voivat olla esimerkiksi strategisen valinnan teoria, päätöksentekoteoria tai organisaatioteoria. Ulkoistaminen ymmärretään tässä tutkimuksessa sopeutumisenä ympäristön paineisiin. Vaihtoehtoina ulkoistamisen teoreettiseksi näkökulmaksi olivat muun muassa kontingenssiteoria<sup>14</sup>, resurssiriippuvuusteoria<sup>15</sup>, populaatioekologiateoria<sup>16</sup> ja institutionaalinen teoria. (Czarniawska ja Joerges 1996, 14.)

---

<sup>14</sup> Kontingenssiteorian mukaan organisaatio koostuu useista osajärjestelmistä ja erottuu rajojensa avulla selkeästi ympäristöstään. Kontingenssinäkemyksessä pyrkii ymmärtämään paitsi osajärjestelmien sisäisiä ja välisiä suhteita, myös organisaation ja sen ympäristön keskinäistä vuorovaikutusta erilaisissa olosuhteissa. (Kast ja Rosenzweig 1985, 115–116.)

<sup>15</sup> Resurssiriippuvuusteoria näkee organisaatioiden olevan riippuvaisia ympäristöstä hankkimistaan resursseista. Kyky hankkia resursseja määrittää organisaation olemassaolon ja vaikuttaa sen sisäisen vallan jakautumiseen. (Pfeffer ja Salancik 1978.) Teorian mukaan yrityksen sisäisillä ominaisuuksilla selitetään, miksi yritykset noudattavat tiettyjä strategioita erilaisin tuloksin.

<sup>16</sup> Populaatioekologiateoria soveltaa Darwinin kehitysoppeja organisaatioihin. Sellaiset rakenteet ja käyttäytymismallit, jotka eivät sopeudu ympäristöönsä, karsiutuvat populaatioekologiateorian mukaan pois. (Hannan ja Freeman 1977.)

Kaikkien näiden teorioiden näkökulmasta tarkasteltuna organisaatioiden kehitys voi edetä samaan suuntaan, mutta muutoksen taustalla vaikuttavat erilaiset syyt. Institutionaalinen teoria korostaa prosesseja, joiden kautta säännöt, normit ja rutiinit muodostuvat sosiaalisen käyttäytymisen perustaksi. (Meyer & Rowan 1977; DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Scott 1983).

Instituutioihin kohdistuvan organisaatiotutkimuksen suosio kasvoi erityisesti 1990-luvulla (Hung & Whittington 1997, 551; Barley & Tolbert 1997). Institutionaalinen teoria sopii kuvaamaan ja selittämään muutoksia uusien organisaatiomuotojen alkuperässä, leviämässä ja omaksumisessa (Fligstein & Mara-Drita 1996). Sitä pidetään yleensä enemmänkin samanlaisuutta kuvaavana (isomorfismi) kuin varsinaisena muutosteoriana (Greenwood ja Hinings 1996, 1023). Institutionaalisten paineiden on todettu tehokkaasti hidastavan muutoksia (Buckho 1994, 90; D'Aunno, Succi & Alexander 2000, 698–699).

Valitsin tutkimukseen institutionaalisen teorian näkökulman siksi, että se on ainoa edellä mainituista teorioista, joka huomioi organisaatioiden välisten erojen johtuvan mahdollisesti erilaisista institutionaalisisista rakenteista. Muissa teorioissa institutionalisoituneita organisaatiomuotoja on käsitelty suhteellisen vähän. (Forsell 1992, 38.) Julkisia terveydenhuollon organisaatioita eli tässä tapauksessa terveyskeskuksia voidaan pitää institutionaalisisina rakenteina. Valtiovallan ohjaus ja yhtenäiset toimintatavat sairaanhoitopiirien sisällä määrittivät pitkään toiminnan suunnan. Terveyskeskusten toiminta jatkui lähes samanlaisena kansanterveystyön<sup>17</sup> alusta 1990-luvulle, jolloin julkisen sektorin tuottavuuteen, taloudellisuuteen ja vaikuttavuuteen alettiin kiinnittää enemmän huomiota. Yhteiskunnallisen keskustelun keskiöön nousivat palvelujen laatu, tilaaja-tuottajamalli, palvelujen priorisointi ja yhtiöittäminen sekä kuntien roolin muutos palveluiden tuottajasta niiden järjestäjäksi (Mäkinen 1995, 48). Lisäksi tämä tutkimus on osa PubPri -tutkimushanketta<sup>18</sup>, jonka yhtenä tutkimuksen osaluueena ovat julkiseen ja yksityiseen liittyvät preferenssit. Preferenssiteorialla (Vuori & Kingsley 1999) on yhtymäkohtia Bergerin ja Luckmannin (1966) sosiaalikonstruktivistiseen ajatteluun, jonka sisältämät kulttuuris-kognitiiviset elementit puolestaan ovat osa institutionaalista teoriaa.

Organisaatioiden toimintatapojen ja ominaispiirteiden katsotaan institutionalisoituneen silloin, kun niistä on tullut yleisiä tapoja kuvata organisaatiota (Forsell & Jansson 1996, 95-96). Selznick (1966, 16–17) näkee institutionalisoinnin ajassa tapahtuvana prosessina, jossa näkyvät organisaation aikaisempi toiminta ja sopeutuminen ympäristöön. (ks. Berger ja Luckmann 1966, 72.)

---

<sup>17</sup> Kansanterveystyö tuli suomalaisen terveystalouden ydinkäsitteeksi kansanterveystalouden valmistelun yhteydessä 1960-luvulla. Kansanterveystalouden sisältö on määrittynyt hallinnollisesti vuonna 1972 voimaan tulleessa kansanterveystalouksessa ja sen tulkinnoissa. Lain mukaan kunnan kansanterveystalouden toiminnallisena tavoitteena on terveydensuojelun, työterveyshuollon, muun yksilöihin kohdistuvan ehkäisevän terveydenhuollon, perussairaanhoidon, kuntoutuksen ja sairaankuljetuksen sekä niiden tukipalveluiden yhdistäminen terveyskeskustoiminnaksi. Kansanterveystalouksessa yhdistyivät kolme kansainvälisesti vakiintunutta toimintalinjaa: "public health", "preventive medicine" ja "primary medical care". (THL:n kansanterveystalouden käsitelmäärittelystä, [www.thl.fi](http://www.thl.fi).)

<sup>18</sup> PubPri -tutkimusprojekti eli Public, Private and Hybrid Forms of Health Care on osa Suomen Akatemian rahoittamaa terveydenhuoltotutkimusohjelmaa.

Institutionalisoitumisen aste riippuu organisaation mahdollisuudesta sosiaaliiseen vuorovaikutukseen ja sitä kautta arvojen kehittymiseen. Tarkat päämäärät sekä erikoistunut ja tekninen toiminta hidastavat institutionalisoitumista. Selznickin mukaan esimerkkiä pitkälle institutionalisoituneesta organisaatiosta edustaa esimerkiksi yliopisto ja toiseen ääripäähän kuuluvat useimmat yritykset. Hän näkee kuitenkin kaikkien organisaatioiden institutionalisoituvan jonkin verran ajan myötä. (ks. myös Hinings ym. 1996, 47.) Julkisen terveydenhuollon instituutioiden lisäksi tässä tutkimuksessa ymmärretään, että myös yksityisen terveydenhuollon muuttumattomat rakenteet voivat institutionalisoitua.

Selznickin vanhan institutionalismin<sup>19</sup> näkemysten vastaisesti Brint ja Karabel (1991) sekä Hoffman (1999, 367) näkevät poliittisten suhteiden ja intressien edistävän instituutioiden muodostumista ja ohjaavat organisaatioiden toimintaa. Uuden institutionalismin perinteisissä teorioissa (ks. DiMaggio ja Powell 1983; Meyer ja Rowan 1977) on korostunut instituutioiden pysyvyys. Muutokset voivat kuitenkin edetä niissä myös nopeasti (ks. esim. Greenwood ja Hinings 1996; Scott 2003, 24.) Julkisen terveyskeskuksen ulkoistaminen yksityiselle taholle on institutionaalinen muutos, jossa julkisten toimintamuotojen rinnalle tulevat yrityksen toimintamallit. Tutkimukset ovat osoittaneet, että julkisten organisaatioiden ominaispiirteet (kannustimien puute, monet vastakkaiset tavoitteet, poliittiset intressiryhmät, säännöt, sääntely ja rajoitteet) voivat hidastaa muutoksen etenemistä instituutiossa (Perry & Rainey 1988). Tutkimukset ovat osoittaneet myös, että uudet toiminnan mallit ja vanhat toimintamuodot voivat jäädä elämään rinnakkain organisaatiossa (ks. esim. Scott, Ruef, Mendel ja Caronna 2000.)

Näiden voimien yhteisvaikutuksesta organisaatiossa on esitetty erilaisia vaihtoehtoja (Alexander ja D'Aunno 2003, 51). Ehkä yleisimmän käsityksen mukaan markkinavoimat toimivat institutionaalisen ympäristön alaisuudessa (ks. esim. Baum 1996; Wade, Swaminathan ja Saxon 1998). Tämä koskee erityisesti muutoksen varhaista vaihetta, jossa normien ja sääntöjen omaksumisen on nähty tapahtuvan vähitellen. (Johnson ym. 2000, 576.) Toisen näkemyksen mukaan markkinoiden ja instituution vaikutus on yhtä suuri, mutta ne ovat toisistaan riippumattomia tai toisiaan täydentäviä (ks. esim. Hannan ja Carroll 1992; Hannan ja Freeman 1989). Markkinavoimat voivat olla myös riittävän voimakkaita kyseenalaistaakseen instituution tarpeellisuuden tai olemassaolon oikeutuksen (Kraatz ja Zajac 1996). Edelleen instituutioiden ja markkinavoimien suhteet voivat vaihdella organisaatioiden ominaispiirteiden mukaan (D'Aunno, Succi ja Alexander 2000; Dacin 1997) Markkinavoimat voivat myös motivoida organisaation muuttumaan tai luoda uuden instituution mallin, johon ne sulautuvat. (Oliver 1991; 1992; Ocasio 1995.)

---

<sup>19</sup> Institutionaalisen organisaatioanalyysin juuret ovat vanhassa institutionalismissa, jonka mukaan organisaatioissa ei-muodollinen vuorovaikutus ("varjojen maa") horjuttaa rationaalisia muodollisia rakenteita (Selznick 1949, p. 260). Uusi institutionalismi sen sijaan pitää tärkeinä toimintamalleja, käytäntöjä ja rutiineja, joiden taustalla vaikuttavat kulttuuriset arvot. (DiMaggio & Powell 1983; Meyer & Rowan 1977) Selznick itse on pitänyt uuden ja vanhan institutionalismin eroja näennäisinä (Selznick 1996, 270–276).

Edellä mainitut tutkijat esittävät lukuisia vaihtoehtoja uusien toimintamallien ja vanhojen toimintamuotojen suhteesta institutionaalisessa muutoksessa. He eivät kuitenkaan tuo esiin, kuinka pysyviä ajallisesti nämä vaiheet ovat, sulkevatko ne toisensa pois tai seuraavatko ne toisiaan. Tämän tutkimuksen kolmen vuoden aineistolla pyritään tuomaan uutta tietoa myös näihin kysymyksiin.

# 3 *Institutionaalinen vertailumetodiikka*

## **3.1 TUTKIMUKSEN TIETEENFILOSOFISET LÄHTÖKOHDAT**

Yhteiskunnallinen tutkimus voidaan jakaa tutkittavan ilmiön luonteen, tiedon hankinnan ja ihmiskuvan mukaan objektivistiseen ja subjektivistiseen suuntaukseen (Burrell & Morgan 1985, 3–4). Kyseiset tutkijat ovat laatineet metodologisia sitoumuksia ideaalityyppisesti vertailevan tarkastelun lähtökohdaksi kehysten (ks. myös Guba ja Lincoln 1994, 109, 112; Raunio 1999, 81) (Taulukko 1.) Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997, 120) nimittävät näitä osittain piileviä oletuksia taustasitoumuksiksi eli filosofisiksi perusoletuksiksi.

Tutkimuksen ontologinen sitoumus liittyy tietoon tutkittavan ilmiön perusluonteesta (Niiniluoto 1980, 85–88; Raunio 1999, 29). Tässä tutkimuksessa todellisuudella tarkoitetaan tahdosta riippumatonta julkisten ja yksityisten terveydenhuollon organisaatioiden maailmaa, jonka olemusta ihmisten toiveet eivät kykene muuttamaan. Epistemologiset sitoumukset liittyvät tiedon käsitteen, alkuperän ja luonteen selvittämiseen (Niiniluoto 1980, 37, 138). Tiedolla viitataan varmuuteen siitä, että organisaatiot erityispiirteineen ovat todellisia. Asiakkaat ja terveydenhuollon ammattilaiset pitävät tätä todellisuutta ja sitä koskevaa tietoa itsestään selvänä. Jokaisen yksilön ”todellisuus” riippuu kuitenkin aina hänen historiallisesta, kulttuurisesta ja sosiaalisesta taustastaan. Siten todellisuus syntyy vuorovaikutustilanteissa jaetuista kokemuksista. Proctor (1991, 13) esittää, että epistemologisen perustan erittelyssä on tärkeää tietää myös siitä, millainen tieto jätetään tutkimuksen ulkopuolelle ja miksi näin tehdään.

Tiedonintresseillä tarkoitetaan abstrakteja intressejä, jotka toisaalta liittyvät tutkimuksen metodologisiin sitoumuksiin ja toisaalta määrittävät tutkimuksen suhdetta yhteiskunnallisiin käytäntöihin (Lesche 1976, 174). Tutkimus voi perustua tekniseen, praktiseen eli hermeneuttiseen tai emansipatoriseen tiedonintressiin. Tätä tutkimusta ohjaa pääosin tekninen tiedonintressi ja siihen liittyvä positivistinen orientaatio. Tutkimusta täydentää kuitenkin praktinen tiedonintressi, joka suhtautuu sosiaaliseen todellisuuteen ymmärtäen. Perinteisesti tekninen tiedonintressi ohjaa tutkimusta, jonka tavoitteena on tiedon hankkiminen objektiivisesta todellisuudesta ja siihen liittyvistä kausaalisista lainalaisuuksista (positivismi). (Habermas 1976, 118–141; Raunio 1999, 360–367)



*Taulukko 1. Yhteiskunnallisen tutkimuksen tieteenfilosofiset sitoumukset (Burrell & Morgan 1985; Guba & Lincoln 1994; Raunio 1999)*

Sitoumukset	Objektivismi	Subjektivismi	Sitoumukset tässä tutkimuksessa
Ontologia: Millainen on tutkittavan ilmiön olemus?	Realismi	Konstruktivismi	Julkisten ja yksityisten terveydenhuollon organisaatioiden "valmis" maailma, jota yksilö tulkitsee oman arvomaailmansa pohjalta
Epistemologia: Millaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä voidaan saada?	Objektiivinen/dualismi	Subjektiivinen/konstruoitu tieto	Pääosin objektiivinen, osittain myös konstruoitu tieto
Metodologia: Miten ilmiöstä voidaan saada tietoa? Millainen on tuotetun tiedon luonne?	Nomoteettinen kvantitatiiviset menet	Hermeneuttinen kvalitatiiviset menet	Vertaileva, kvantitatiiviset menet, osittain myös hermeneuttinen
Ihmiskäsitys: Millainen on ihmisen ja hänen ympäristönsä välinen suhde?	Determinismi: Ihminen on passiivisesti ympäristön vaikutuksen kohteena	Konstruktioismi: Ihmisen käyttäytymistä ei voi ymmärtää irrallisena hänen kulttuuritaustastaan.	Pääosin deterministinen, osittain myös konstruktioistinen
Tutkimuksen tavoitteet	Selittää, ennustaa, yleistää, kontrolloida	Kuvailla, ymmärtää, rekonstruoida	Selittää, kuvailla, ymmärtää

Deterministisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on passiivisesti ympäristön vaikutuksen kohteena. (Burrell & Morgan 1985, 6; Raunio 1999, 77, 91–92.) Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa, että Suomessa terveydenhuollon palvelujen käyttäjillä on tähän asti ollut varsin rajallinen mahdollisuus osallistua palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen (Tritter 2009, 210). Osittain tutkimukseni ihmiskäsitys on myös konstruktioistinen. Se perustuu ajatukseen ihmisestä sosiaalisena olentona ja korostaa kulttuurin ja yhteiskunnan vaikutusta ihmisen käyttäytymiseen. Näin ollen ihmisen käyttäytymistä on vaikea ymmärtää irrallisena hänen kulttuuritaustastaan. (Ojala ja Uutela 1992, 16–17.) Tutkimuksessani asiakkaiden ja henkilöstön kulttuuritaustaa ilmentävät preferenssit. Asiakkaiden palvelukokemuksia ja henkilöstön sitoutumista voidaan siten ymmärtää vain hankkimalla tietoa heidän preferensseistään.

### **3.2 PITKITTÄINEN TAPAUSORIENTOITUNUT VERTAILUTUTKIMUS**

Tutkimusmenetelmänä on vertaileva metodi. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole etsiä paremmuutta, vaan Petersin (1998, 4) esittämiä vertailututkimuksen periaatteita noudattaen selittää ja tulkita tutkittavien kohteiden eroja ja yhtäläisyyksiä (ks. myös Salminen 2000, 22). Husan (2000, 38) mukaan vertailun metodolo-



gian lähestymistavan teknisestä luonteesta tai tieteenfilosofisista perusteluista ei vallitse yksimielisyyttä, mutta yleisesti vertailututkimus on liitetty positivistiseen tutkimustraditioon (Salminen 2000, 22). Tässä tutkimuksessa positivistinen tutkimustraditio on vallitsevana. Tutkimustuloksia tulkitaan kuitenkin myös hermeneuttisesta näkökulmasta. Asiakas osallistuu tietyt vaiheet sisältävään palveluprosessiin, jota hän tulkitsee oman arvomaailmansa pohjalta. Aineistoa kerätään kolmena perättäisenä vuotena 2006–2008, joten kyseessä on pitkittäistutkimus. Erilaisten organisaatioiden vertailua pitkittäistutkimuksena pidetään vaativana tutkimusmenetelmänä. Organisaatioissa voi tutkimuksen aikana tapahtua muutoksia, jotka vaikuttavat vertailtavaan tietoon. (vrt. Eisenhardt 1989; McPhee 1995).

Tutkimuksen kohteena on pieni joukko samalla alueella sijaitsevia terveystaseimia, joiden asiakkaista ja henkilöstöstä pyritään saamaan lisätietoja. Tutkimus täyttää näin tapaustutkimuksen tunnusmerkit. (ks. Syrjälä ja Numminen 1988, 20; Saarela-Kinnunen ja Eskola 2001, 159; Yin 2003, 14.) Erityisen hyvin tutkimuksen lähtökohdat sopivat Yinin (2003, 13) määritelmään tapaustutkimuksesta sellaisena empiirisenä tutkimuksena, jossa ajan ilmiötä tutkitaan niiden todellisessa ympäristössä. Tässä tutkimuksessa mukana olevat organisaatiot ymmärretään yksittäisinä organisaatiotyyppinsä edustajina omine erityispiirteineen.

Tapaustutkimus auttaa syvällisemmin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, tässä tapauksessa erilaisia terveydenhuollon organisaatioita. Tutkimustulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä kaikkiin terveydenhuollon organisaatioihin, vaikka tuotettu tieto saattaa kuitenkin päteä muissakin vastaavissa tapauksissa (Husa 2000, 50; Saarela-Kinnunen ja Eskola 2001, 163.) Yinin (2003, 10) mukaan keino saada yleistettävää tietoa tapaustutkimuksista, on yhdistää tietoja useista eri tutkimuksista. Näin tavoitteena on analyyttinen yleistäminen, jolla pyritään laajentamaan ja yleistämään teoreettista tietoa. Tapaustutkimuksen vahvuudeksi mainitaankin juuri sen todennäköisyys luoda uutta teoriaa. Luovuuden katsotaan syntyvän ristiriitaisista ja paradoksaalisista tutkimustuloksista, jotka pakottavat yksilöt muotoilemaan kokemuksensa uudella tavalla uudeksi teoreettiseksi näkökulmaksi. Teorian rakentaminen on tiukasti sidoksissa empiriaan ja siksi sitä pidetään helposti testattavana ja sen validiutta hyvänä. Toisaalta empiirisen aineiston intensiivinen käyttö voi tehdä tapaustutkimuksen synnyttämää teoriaa liian monimutkaisen tai siitä voi tulla liian kapea ja omaperäinen. Pfefferin (1982) esittämät hyvän teorian tunnusmerkit, tiukkuus, testattavuus ja looginen johdonmukaisuus, sopivat myös tähän yhteyteen. (Eisenhardt 1989, 546–548. )

Tämä tutkimus edustaa tapausorientoitunutta vertailututkimusta. Organisaatioiden tutkimuksessa useimmat vertailututkimukset ovat juuri tapaustutkimuksia johtuen organisaatioiden monimutkaisuudesta (Blau 1974, 111). Salminen (2000, 28) näkee tapausorientoituneen vertailun holistisena ja erilaisuutta korostavana. Holistisuuden voi tulkita niin, että tapauksen ainutlaatuisuuden ymmärtäminen vaatii siihen liittyvien kontekstuaalisten piirteiden ymmärtämistä

(ks. Stake 1995). Tutkimuksessani terveydenhuollon organisaatioita tutkitaan niiden omassa välittömässä ympäristössä. Organisaatioista pyritään löytämään niille ominaisia erityispiirteitä, joita vertaillaan. Näin pyritään tutkimuskohteen syvempään ymmärtämiseen. Sekä tapaustutkimukselta että vertailututkimukselta vaaditaan edustavuutta ja objektiivisuutta (esim. Hamel, Dufour & Fortin 1993; Smelser 1976, 30). Tutkimusaineistona on asiakkailta ja henkilöstöltä kyse-lylomakkeella kerättyä sekä strukturoitua että strukturoimatonta tietoa.

### 3.3 INSTITUTIONAALISEN VERTAILUN MALLI

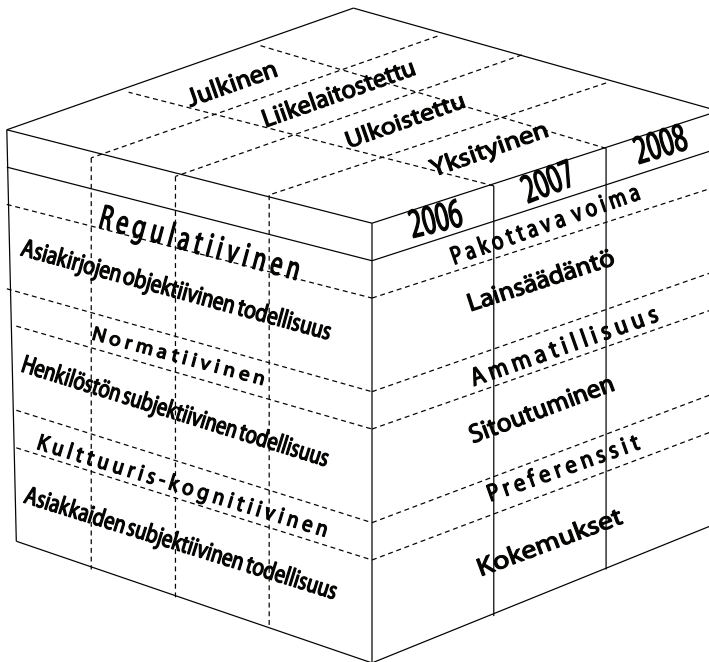
Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma on kuvattu institutionaalisen vertailun mallissa kuviossa 4. Vertailun ulottuvuudet ovat organisaatiomuodon lisäksi institutionaaliset tasot sekä aika. Institutionaalinen taso on jaettu regulatiiviseen, normatiiviseen ja kulttuuris-kognitiiviseen alueeseen, jotka useiden tutkijoiden mielestä ovat instituutioiden tärkeimmät elementit tai niitä tukevat pilarit. (Scott 1995/2001, 51.) Pilarit toimivat yhdessä toinen toisiaan täydentäen. Jokin niistä voi kuitenkin olla tietyssä ajanjaksona muita hallitsevampi. (Hirsch 1997, 1721; Hoffman 1999, 352.) Regulatiivinen ja kulttuuris-kognitiivinen alue edustavat objektivismi-subjektivismi -jatkumolla ääripäitä. (Scott 1995/2001, 51.) Vertailuasetelma ja tiedon luonne muuttuvat, kun siirrytään institutionaalisen tason osa-alueelta toiselle. Siksi on tärkeää tietää, millä osa-alueella vertailua tehdään ja minkä tason ”todellisuudesta” on kysymys.

Erilaisten organisaatiomallien vertailun avulla on yritetty tehdä organisaatiot ymmärrettäväksi ja edistää keskustelua siitä, millainen organisaatio on tai millainen sen tulisi olla. Byrokraattisen järjestelmän mallissa organisaatio nähdään tehokkaana ja koordinoituna järjestelmänä, joka on organisoitu tavoittelemaan yhteisiä rationaalisia päämääriä. Byrokratia onkin saanut symbolisen roolin julkisten palvelujen uudistamisessa. Sen heikkouksien on väitetty kulminoituvan tuhlaukseksi, tehottomuudeksi ja jäykkyydeksi, jotka ovat esteinä joustavuudelle ja yrittäjyydelle. Markkinayritysmalli näkee organisaation liikeyrityksenä, joka tavoittelee kilpailullisuutta, kasvua ja vaurauden maksimointia. Julkiset palvelut ovat kuitenkin harvoin edustaneet puhdasta byrokraatiata. Useimmissa organisaatioissa yhdistyy piirteitä byrokraatiasta ja professionalismista, byrokraatiasta ja managerialismista<sup>20</sup> ja jopa byrokraatian ja yrittäjyyden yhdistelmästä. Puhtaan byrokraattisen mallin ja yksityisen yritysmuotoisen mallin välille näyttää siis jäävän useita erilaisia organisaatiomuotoja, vaikka ne useimmiten nimetäänkin vain julkinen – yksityinen -jatkumon ääripäiden mukaan. (Bunderson, Lofstrom ja Van De Ven 2000.)

Regulatiivisella tasolla lainsäädäntö ja muut muodolliset säännöt luovat ne puitteet, joissa instituutioiden on toimittava (Scott 1995/2001, 51–52). Dimaggio

<sup>20</sup> ”Managerialismilla (suom. johtamisvaltaisuus) tarkoitetaan (yksilö)johtamisen edellytysten lisäämistä ja johtamisen alan laajentamista korostavaa ideologiaa, joka heijastuu yksilöiden arvoihin, asenteisiin ja käyttäytymiseen, poliittis-hallinnollisten ohjelmien tavoitteisiin, organisaatioiden rakennepiirteisiin ja toimintakäytäntöihin.” (Ojala 2003, 27.)

ja Powell (1983, 150) näkevät kyseistä toimintaa ohjaavana sosiaalisena voimana pakon. Erityisesti taloustieteessä ja politiikan tutkimuksessa on instituutioita lähestytty regulatiivisesta näkökulmasta. Taloustieteessä yksilöiden ja organisaatioiden käytöstä voidaan käyttää välineenä, jonka avulla yritetään saavuttaa tiettyjä tavoitteita (Scott 1995/2001, 53). Kuten aikaisemmin jo mainittiin, regulatiivinen taso otetaan tässä tutkimuksessa annettuna koskien lähinnä lainsäädäntöä.



Kuvio 4. Institutionaalisen vertailun malli

Suomessa valtiolta ohjaa ja valvoo sekä julkisen että yksityisen terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisestä. Julkisen toiminnan yhdenmukaisuutta ohjaavat monet lait ja asetukset. Julkisen vallan sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu on kirjattu perustuslakiin (1999/732; 19 §). Kansanterveyslaki (1972/66; 5§) määrää kuntien vastuun kansanterveystyön järjestämisessä. Kansanterveystyöstä säädetään myös terveydenhuoltolaissa (L 2010/1326), jossa tarkentuvat kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien terveydenhuollon palvelujen toteuttaminen ja sisältö (ks. luku 2.2). Erikoissairanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (Erikoissairanhoitolaki 1989/1062; 3 §). Tapaa, jolla terveydenhuoltopalvelut on tuotettava, ei ole kuitenkaan laissa määritelty. Tämä mahdollistaa erilaiset variaatiot julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Valtio valvoo myös yksityistä terveydenhuoltoa (L 1990/152 ja asetus 1990/744 yksityisestä terveydenhuollosta).

Julkisten organisaatioiden toimintaa määrittää lisäksi hankintalaki (L 2007/348; muutos L 2010/321), joka perustuu Euroopan yhteisön lainsäädäntöön. Hankintalainsäädännön on katsottu hankaloittavan ulkoistamisen yhteydessä pidempien yhteistyösuhteiden syntymistä, koska hankintalain soveltamisalaan kuuluvien yksiköiden on kilpailutettava hankintansa, hankinnassa on hyödynnettävä kilpailutilanne ja hankinnasta voidaan päättää ilman kilpailua vain erityisistä syistä. Kilpailu edellyttää useita palveluntuottajia. Terveydenhuollon kokonaiskustannusten ja -tavoitteiden näkökulmasta hankintalain mukainen kilpailuttaminen on nähty usein vaikeana ja harvaan asutuilla alueilla jopa mahdottomana. (Koivusalo 2009, 111; vrt. Hyvärinen & Lith 2008.)

Tässä tutkimuksessa keskeistä on asetus (2004/1019) hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Tämä niin sanottu hoitotakuu tuli voimaan 1.3.2005 ja aiheutti ajallisia paineita perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen julkisessa terveydenhuollossa tässä tapauksessa Lahdessa. Asetus koskee ei-kiireellisen hoidon järjestämistä. Lain mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Kansanterveyslain perusteella hoidon tarpeen voi arvioida muukin terveydenhuollon ammattilainen kuin lääkäri. Perusterveydenhuollossa potilaan tulee päästä lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Erikoissairaanhoidossa kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapuessa. Arvio voidaan tehdä joko lähetteen perusteella tai kutsumalla potilas tutkimuksiin sairaalaan. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos<sup>21</sup>, THL, kerää terveydenhuollon kentältä tiedot hoitoon pääsystä perusterveydenhuollossa kaksi kertaa vuodessa. Vuosilta 2006–2010 tiedot on kerännyt Stakes ([www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)). Hoitotakuun toteutumista valvovat aluehallintovirastot<sup>22</sup> ([www.avi.fi](http://www.avi.fi)) sekä sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto<sup>23</sup>. ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)).

Tutkimuksen kannalta olennainen on myös puitelaki kunta- ja palvelurakennuudistuksesta (Paras-hanke) (L 2007/169). Sen mukaan perusterveydenhuollon ja niihin kiinteästi liittyvien sosiaalihuollon palveluiden järjestäminen edellyttää eräitä poikkeustapauksia lukuun ottamatta 20 000 asukkaan väestöpohjaa.

---

<sup>21</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos. THL palvelee valtion ja kuntien päättäjiä, alan toimijoita, järjestöjä, tutkimusmaailmaa ja kansalaisia. THL:n tavoitteena on vaikuttaa suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin puolesta. THL syntyi, kun Kansanterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) yhdistyivät vuoden 2009 alussa. ([www.thl.fi](http://www.thl.fi))

<sup>22</sup> Aluehallintovirastot hoitavat aiempien lääninhallitusten, ympäristölupavirastojen, alueellisten ympäristökeskusten ja työsuojelupiirien lupa-, valvonta- ja oikeusturvatehtäviä. Aluehallintovirastot edistävät perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista, peruspalvelujen saatavuutta, ympäristönsuojelua, ympäristön kestävää käyttöä, sisäistä turvallisuutta sekä terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä alueilla. ([www.avi.fi](http://www.avi.fi))

<sup>23</sup> Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston eli Valviran tehtävänä on parantaa ohjauksen ja valvonnan keinoin elinympäristön terveysriskien hallintaa sekä oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa. ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi))

Riittävän väestöpohjan takaamiseksi kunnat voivat liittyä yhteen, niistä voidaan liittää osia toisiinsa tai ne voivat muodostaa yhteistoiminta-alueita. Tässä tutkimuksessa yhteistoiminta-alueita edustaa Oiva-liikelaitos, johon Hollolan Salpakankaan terveysasema kuuluu osana. Kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa ei sinänsä määritellä terveydenhuollon järjestämistapaa. Aiempaa laajempi väestöpohja antaa kuitenkin paremmat edellytykset tilaaja-tuottaja-mallin käyttöönotolle. Tehokkaampi terveydenhuollon ulkoistaminen on näin ollen mahdollista, koska suuri väestöpohja houkuttelee yksityisiä palveluntuottajia. (Ollila & Koivusalo 2009, 27–28.)

Normatiivisella tasolla yksilöä velvoittavat sosiaaliset arvot ja normit. Arvot liittyvät käsityksiin siitä, mitkä asiat asetetaan etusijalle tai mikä on haluttavaa. Normit osoittavat, kuinka asiat tulisi tehdä. Ne määrittävät paitsi tavoitteet, myös keinot, joilla niihin päästään. (Scott 1995/2001, 54–55.) Tässä tapauksessa normatiivisen tason sosiaalista ryhmää edustaa tutkittavien organisaatioiden henkilökunta. Sen käytöstä ohjaa tietoisuus omasta roolista sosiaalisessa tilanteesta ja vaatimukset tietynlaisesta käytöksestä ammatillisten muiden ihmisten odotusten ja omien sisäistettyjen menettelytapojen mukaisesti.

Scottin (1995/2001) mukaan normatiivisen tason ontologia liittyy sosiaaliseen realismiin. Tässä yhteydessä se kuitenkin lähenee sosiaalikonstruktionismia, koska henkilöstö ei ole elänyt tyhjiössä tullessaan yksityisen tai julkisen työnantajan palvelukseen. Jokaisella ihmisellä on oma arvoprofiilinsa, jossa kuvastuu siihenastinen arvokasvatus ja -oppiminen (Puohiniemi 2002, 222). Näin ollen työntekijöillä on myös omat preferenssinsä ja kokemuksensa julkisista ja yksityisistä palveluista.

Ulkoistamisessa, joka edustaa institutionaalista muutosta, toimijat siirtyvät vakiintuneesta, tutusta institutionalisoituneesta julkisen ympäristöstä vieraaseen ja siksi epävarmaan yksityisen sektorin kontekstiin (Johnson, Smith & Codling 2000, 574). Työssä kohtaavat palveluntuottajan arvo- ja normimaailma, esim. yksityisellä sektorilla liiketaloudelliset periaatteet, ja toisaalta yksilön ammatillisuus ja oma arvomaailma. Työntekijöiden on sopeuduttava suhteellisen nopeasti uuteen arvomaailmaan. Näin ollen voidaan kysyä, mihin yksilö sitoutuu vai muuttaako hän preferenssejään uudessa tilanteessa. Tutkimuksen normatiivisella tasolla pyritään selvittämään eroavatko henkilöstön julkiseen tai yksityiseen palveluntuottajaan sitoutuminen toisistaan, ja missä suhteessa sitoutuminen on henkilöstön julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon liittyviin preferensseihin.

Kulttuuris-kognitiivisen tason ontologia on sosiaalikonstruktionistinen. Ihmiset eivät vain kohtaa sosiaalista todellisuutta, he luovat sen itse. Kulttuurin säännöt määrittävät toimijoiden ominaispiirteet. Keskeistä on jaettu ymmärrys sosiaalisen todellisuuden luonteesta ja viitekehys, jossa merkitykset luodaan. Merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Ne säilyvät ja muotoutuvat, kun niitä käytetään tuomaan ymmärrystä erilaisille asioille. Yksilön reaktio ulkomaailmasta tuleville ärsykkeille on joukko sisäistettyjä representaatioita maailmasta. (Scott 1995/2001, 57)

Kulttuuris-kognitiivisella tasolla tutkimuksessa vertaillaan asiakkaiden julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon liittyviä preferenssejä ja kokemuksia sekä seurataan niiden muutosta ajassa. Kokemus<sup>24</sup> ymmärretään tässä tutkimuksessa Kantin filosofiaan perustuen ihmisen mielen havainnoista ymmärryksellään jäsentämäksi tiedoksi. Siten ulkoinen kokemus ei ole vain passiivista vaikutteiden vastaanottoa ja mieleen kopioitumista. (Niiniluoto 2002, 11.) Preferenssi käsitteenä on moniulotteinen ja vaikeasti määriteltävä. Preferenssin lähikäsitteiksi voidaan ymmärtää esimerkiksi motiivi, intressi, arvo ja asenne. Sosiologiassa motiivin käsite on liitetty yksilön toimintaa synnyttäviin ja ohjaaviin tekijöihin, jotka voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia, yksilön sisäisiä tai ulkoisia, biologisia tai sosiaalisia vaikuttimia. Motiivit ohjaavat yksilön tavoitteisiin suuntautuvaa käyttäytymistä. (Hirsjärvi 1982.) Tarpeet, halut, vietit, sisäiset kannusteet sekä palkkiot ja sanktiot on yhdistetty motiiveihin. (Ruohotie 1998, 36).

Toinen preferenssin lähikäsite on intressi, joka on lähellä tavoitteen tai päämäärän käsitteitä. (Ylikoski 2001, 106). Intressin lisäksi hyöty on käsitteenä lähellä preferenssiä. Yksilön hyöty tarkoittaa lähinnä yksilön etua. Intressiin sisältyy edun lisäksi myös yksilön kiinnostus. (Turunen 1997, 99, 173–174.) Sekä intressit että preferenssit kuvastavat toimijoiden omia tärkeysjärjestyksiä ja näkemyksiä siitä, mitä he pitävät tavoittelemisen arvoisena. Intressi voidaan kuitenkin nähdä toiminnan taustalla yleisempänä ja pysyvämpänä tekijänä. (Willberg 2006, 48.) Intressiin on liitetty käsitteet tarve, halu, kiinnostus, pyrkimys ja toive (Jäppinen 1989; Tuori 1993, 14). Näiltä osin intressi lähenee motiivin käsitettä.

Preferenssin ja motiivin käsitteisiin on usein liitetty myös käsitteet arvo ja asenne. Arvot ovat toimintaa ohjaavia periaatteita valintatilanteissa. Ne liittyvät toiminnan oikeutukseen. (Niiniluoto 1984; Puohiniemi 1993.) Sekä arvot että asenteet ymmärretään melko pysyviksi ja hitaasti muuttuviksi suhtautumisiksi asioihin (Ruohotie 1998, 41–42). Preferenssejä voidaan mitata arvo- ja asennerakenteina (ks. esim. Taylor-Gooby & Bocher 1988; Torvi & Kiljunen 2005). Tässä tutkimuksessa preferenssi on osa institutionaalista teoriaa ja se ymmärretään Wildavskyn (1987) tavoin sisäsyntyisenä, kulttuuriin kiinteästi sidoksissa olevana arvona, asenteena tai uskomuksena. Näkemys preferenssien synnystä on sosiaalikonstruktivistinen eli preferenssit syntyvät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Preferenssejä on tutkimuksessa mitattu arvo- ja asennerakenteina.

Preferenssi on käsitteenä poikkitieteellinen. Sitä on tutkittu runsaasti taloustieteessä (ks. esim. Epple & Platt 1998; Bisin & Verdier 2001; Sethi 2001). Taloustieteestä poiketen sosiologiassa ja organisaatioteoriassa preferenssit eivät välttämättä synny tietoisien ja tarkoituksellisten (rationaalisen) toiminnan tuloksena, vaan niihin liittyy myös kognitiivisia ja kulttuurisia selityksiä.

---

<sup>24</sup> "Kokemukseen liittyvien filosofisten oppisanojen kantoja ovat kreikan *empeiria* (vrt. empeirikos = empiirikko, kokenut) ja latinan *experientia* (verbistä *experiri* = kokea, koettaa, kokeilla). Kreikkaan pohjautuvat sanat *empiiriinen* (kokemusperäinen) ja *empirismi* (oppi aistikokemuksesta käsitteiden ja tiedon lähteenä ja perustana), joiden vastakohtia ovat *rationaalinen* (järkiperäinen) ja *rationalismi*. Empiirisen ja rationaalisen tiedon välinen erottelu tunnetaan myös latinan termeillä *a posteriori* (kokemuksen jälkeen) ja *a priori* (ennen kokemusta)." (Niiniluoto 2002, 10.)



Tutkimuksessa olennaista on ymmärrys siitä, että preferenssit voivat muuttua sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

Tätä tutkimusta ohjaa sektoripreferenssiteorian mukainen oletus, että asiakkaiden ja henkilöstön preferenssit vaikuttavat heidän palvelukokemuksiinsa (Vuori ja Kingsley 1999) on yhtymäkohtia Bergerin ja Luckmannin (1966) sosiaalikonstruktionistiseen teoriaan ja siksi se tässä tutkimuksessa kiinnittyy osaksi normatiivista ja kulttuuris-kognitiivista elementtiä. Yhteistä kyseisille teorioille on näkemys primaarisosialisaatiosta<sup>25</sup> eli alun perin yksilöä ympäröivästä objektiivisesta sosiaalisesta maailmasta, jota ympärillä olevat muut ihmiset välittävät ja muuntavat hänelle oman yhteiskunnallisen asemansa ja elämänhistoriansa mukaisesti. Sektoripreferenssiteorian mukaan myös subjektiivinen todellisuus julkisista ja yksityisistä palveluista sisäistyy kulttuurissa ja siirtyy näin sukupolvelta toiselle.

Toisaalta Vuori (1995, 67–68) on kuitenkin arvioinut sosiaalikonstruktionistista näkemystä ihmisestä pelkästään kulttuurin tuotteena liian pelkistetyksi (vrt. Aaltio-Marjosola 1992, 67; Meyer, Boli & Thomas 1994, 12). Hänen mukaansa todellisuudessa ulkomaailman käsitysten omaksumiseen voi liittyä yksinkertaisesti vain halu tulla toimeen muiden ihmisten kanssa. Propperin (2000) tutkimustulokset taas vahvistavat sektoripreferenssiteorian näkemyksiä. Kyseinen tutkija havaitsi, että yksityisen terveystalouden käyttäjillä on poliittisia asenteita, jotka näkyvät esimerkiksi kielteisessä suhtautumisessa vuokra-asumiseen. Propper jopa käytti yksityisen palvelun valinneista nimitystä ”yksityinen hyvinvointiluokka”.

## **3.4 JULKISTEN JA YKSITYISTEN ORGANISAATIOIDEN VERTAILUMETODOLOGIA**

### **3.4.1 Julkisten ja yksityisten organisaatioiden toiminnan ja tehokkuuden vertailu**

Alun perin käsitteet julkinen, *res publica*, ja sen vastakohta yksityinen, *res privata*, ovat peräisin antiikin Roomasta (Saxonhouse 1983, 363). Suomen kielessä sana julkinen viittaa avoimesti, kaikkien nähden, kuullen tai tietien tapahtuvaan tai tehtävään. Se tarkoittaa myös yleisesti tiedossa olevaa, yleistä, kaikkia koskevaa tai yleiseen käyttöön tarkoitettua. Termillä viitataan yhteiskunnan elinten, valtion, kunnan ja seurakunnan toimialaan, josta käytetään nimitystä julkinen sektori. Julkisen vastakäsitteinä on pidetty sanoja yksityinen ja salainen. (Suomen kielen perussanakirja 1990, 330–331.) Yksityisen on katsottu saavan merkityksensä juuri suhteessa julkisen alueen monimerkityksisyyteen (Arendt

---

<sup>25</sup> Psykologiassa ilmiö tunnetaan nimellä kulttuurinen transmissio, jota on kahta eri tyyppiä: kulttuurin omaksuminen ja sosialisointi. Usein kuitenkin molempia kutsutaan yhteisellä nimellä sosialisointi. Kulttuurin omaksumisessa oppimisen nähdään tapahtuvan ilman opettamista. Lapsi omaksuu kulttuurin arvot ja normit kuin itsestään. Sosialisointiossa taas arvojen ja normien siirtäminen on tarkoituksellisempaa lapsen käytöksen ohjaamista. (Segall, Dasen, Berry & Poortinga 1990.)

2002, 64). Yksityisellä tarkoitetaan myös henkilökohtaista tai omakohtaista<sup>26</sup>. Käsite yksityinen sektori viittaa kotitalouksiin ja yksityisten omistamiin yrityksiin. (Suomen kielen perussanakirja 1994, 627.)

Uudelle ajalle ominainen individualismi on laajentanut yksityisyyden käsitettä. Länsimaisen kulttuurimme on nähty suosivan julkisen ja yksityisen kah-tiajakoa (Benn & Gaus 1983, 6). Hofsteden (1991, 51; ks. myös Hui & Triandis 1986) mukaan individualismia ja sen vastakohtaa kollektivismia voidaan pitää bipo-laarisen kulttuurisen ulottuvuuden ääripäinä. Länsimaat sijoittuvat jatkumon individualistiseen päähän. Yksityisyys kuuluu individualistisen yhteisön arvoihin. Individualistisissa yhteisöissä yksilöiden väliset siteet ovat löyhät. Jokaisen odotetaan huolehtivan vain itsestään ja lähipiiristään.

Julkisen ja yksityisen välistä ongelmaa on ajateltu usein rajanvedon kysymyksenä. Julkisella ja yksityisellä on nähty olevan erilaiset tavoitteet, maailmat, ympäristöt tai tilat. Sektorien eheys on taattu pitämällä ne täysin erillään. Tästä on ollut seurauksena täydellinen dualismi. Selkeä rajanveto on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi. (Steinberger 1999, 292–293.) Julkisista ja yksityisistä organisaatioista on kertynyt runsaasti empiiristä vertailutietoa (ks. esim. Rainey & Bozeman 2000; Nutt 1999; Perry & Rainey 1988). Tutkimustulokset ovat osittain yhteneviä ja osittain ristiriitaisia. Erityisesti julkisten ja yksityisten organisaatioiden on nähty eroavan toisistaan omistajuuden, rahoituksen ja tuotantomuodon osalta (ks. esim. Donahue 1989, 7; Granqvist 1997, 68; Hodge 2000, 16).

Robertson ja Seneviratne (1995) toteavat laajassa organisaatioiden muutosprojektien meta-analyysissään, että organisaation julkisuus voidaan nähdä jatkumona, jossa mikä tahansa organisaatio on enemmän tai vähemmän julkinen. Jotkut organisaatioista sijoittuvat jatkumon ääripäihin ja muodostavat siten yksityisen ja julkisen ydinkategoriat. Suurin osa organisaatioista sijaitsee kuitenkin ääripäiden välillä ollen julkisen ja yksityisen hybridejä. Steinbergerin (1999, 308) mukaan voimme edetä julkisen ja yksityisen kiistanalaisessa kysymyksessä vain tarkastelemalla asiaa ontologisesta näkökulmasta. Julkista ja yksityistä voidaan pitää erilaisina olemassaolon tai toiminnan muotoina. Aikaisemmasta valinnasta julkisen ja yksityisen välillä näkökulma onkin kääntynyt enemmän siihen, kuinka onnistutaan löytämään tasapaino julkisen ja yksityisen välillä ja kuinka hallinnoidaan niitä ongelmia, joita tämän tasapainon löytämiseen liittyy. (Kettl 1993, 38.)

Organisaatioiden tutkimuksessa omistajuuden merkitys on nähty eri tavoin. Jotkut tutkijat, kuten Roberts (1975, 423) ja Lachman (1985, 628) ovat kyseenalaistaneet omistajuuden merkityksen. Heidän mielestään julkisen ja yksityisen organisaation toiminnan välillä ei ole omistajuudesta johtuvia eroja. Lachmanin (1985) tutkimuksen mukaan sektorien väliset erot johtuvat tehtäväympäristöistä. Mascarenhas (1989, 584) sitä vastoin väittää, että omistajuuden merkitys on keskeinen tekijä, joka johtaa tiettyihin organisaatioiden välisiin eroihin. Hänen

---

<sup>26</sup> Lukusanasta yksi johdettu uudissana yksityinen (adjektiivi) otettiin käyttöön vuonna 1845. Sitä ennen samassa merkityksessä on käytetty esimerkiksi ilmauksia yksinoma ja yhden oma. (Häkkinen 2004, 1528.)



mukaansa erot eivät kuitenkaan välttämättä näy kaikissa organisaatiotyypeissä kaikilla ulottuvuuksilla.

Omistamisen ja sen kautta päätösvallan näkökulmasta tässä tutkimuksessa mukana olevista organisaatioista julkinen Jalkaranta-Metsäkankaan terveysasema ja yksityiselle taholle ulkoistettu julkinen Launeen terveysasema toimivat pääosin kunnan osoittamalla julkisella rahoituksella. Liikelaitoksen osana toimivan julkisen Salpakankaan toiminnan rahoittavat liikelaitoksessa mukana olevat kunnat. Yksityinen Lääkärikeskus Hemo toimii pääosin asiakasmaksuilla. Yksityisen terveyspalvelun käytön kustannukset ovat asiakkaille merkittävästi julkisen palvelun käytön kustannuksia korkeammat. Yksityisesti ja julkisesti tuotetun palvelun hintaeroa korvataan asiakkaille sairausvakuutusjärjestelmän avulla (ks. esim. Jantti 2008, 172.)

Rahoitus- ja tuotantomuodoiltaan täysin julkisten ja täysin yksityisten organisaatioiden väliin jää hybridiorganisaatioita. Näillä tarkoitetaan sellaisia organisaatioita, joissa on käytössä samaan aikaan kaikki kolme perusohjauksjärjestelmää, markkinat, verkostot ja hierarkiat (Powell 1990; Määttä 2010, 28; vrt. Mitronen 2002, 21). Julkisella, yksityisellä ja hybridillä organisaatiolla on nähty erilaiset toiminnan tavoitteet (Baldwin 1987; Wise 1991). Julkisen sektorin toiminta tavoittelee julkista etua, kuten palvelujen jatkuvuutta ja tasapuolisuutta. Yksityisen sektorin toiminnan tavoitteet liittyvät taloudellisen hyödyn lisäämiseen tai markkina-aseman parantamiseen. Hybridin organisaation tavoitteet sisältävät osa-alueita molemmista edellä mainituista. (Williamson 1981, 1538.)

Monet taloustieteen ja politiikan tutkijat näkevät julkisten byrokratioiden eroavan yksityisistä yrityksistä monin tavoin ja heidän havaintonsa tukevat yleisiä byrokratiaan liittyviä negatiivisia käsityksiä. Sosiaalitieteissä näkemys on taas päinvastainen ja eroja pidetään karkeina yleistyksinä, jotka tulee korvata empiirisellä tiedolla (Rainey & Bozeman 2000, 448). Baldwinin ja Farleyn (1991, 27–28) mukaan eroja korostamalla luodaan todellisuutta, jota media ja kansalaisten asenteet voimakkaasti tukevat.

Julkisen hallinnon ydin muodostuu Max Weberin byrokratian mallista. Julkista hallintoa pidetään luonteeltaan pitkäkestoisena. Se edustaa vakautta, sitkeyttä ja asiantuntijuutta. Tähän liittyen julkisia instituutioita, kuten verovaroja rahoitettavia terveydenhuoltoa ja kouluja, tai julkisia yrityksiä, kuten posti, rautatie, lentoyhtiöt, on pidetty pitkään lähes ikuisina. Alun perin byrokraattisilla toimintatavoilla on pyritty myönteisesti luomaan turvallisuutta ja yhdenmukaisuutta julkiseen työympäristöön. Liiallisen työntekijöiden yhdenmukaistumisen ja johdon määräysvallan on katsottu kuitenkin johtaneen passiivisuuteen, mekaanisuuteen ja uusien ideoiden puutteeseen. (Claver, Llopis, Gascó, Molina & Conca 1999, 458.)

Baldwinin (1987) tutkimus tukee kirjallisuuden käsitystä eroista julkisen ja yksityisen organisaation tavoitteiden selkeydessä. Baldwinin mukaan julkisen sektorin tavoitteet ovat epäselviä ja monimuotoisia. Julkisella sektorilla kohtaa monien intressiryhmien edut, jotka voivat olla myös ristiriidassa keskenään. Yksityisellä sektorilla intressiryhmiä on vähemmän. Koska julkisten organi-

saatioiden toiminnan tarkoitus ei ole yksiselitteinen tai suoraviivainen, niiden toiminnan tehokkuutta myös muutoksissa on vaikeampi arvioida (Robertson & Senevitane 1995, 548).

Weberin byrokraattisen mallin keskeinen teema on julkisen sektorin täydellinen erilaisuus yksityisestä sektorista. (Lane 2000/2001, 304–305.) Terveydenhuollossa tämä on merkinnyt sitä, että yksityinen markkinaohjautuva terveydenhuoltojärjestelmä on toiminut pitkään julkisesti rahoitetun järjestelmän vaihtoehtona ja täydentäjänä. (Nissinen, Kauhanen ja Myllykangas 1994, 314; ks. myös Iivari 1992, 2.) Hyvinvointipalveluja pidettiin aluksi luonteeltaan sellaisina, että niihin ei voida soveltaa markkinamekanismeja. Yksityisen sektorin perusluonne nähtiin jopa kansalaisten hyvinvointipyrkimysten vastaisena tai ainakin sopimattomaksi tuottamaan hyvinvointipalveluja (Okko 1995,181).

### **3.4.2 Ammatillisuus osana julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailua**

Terveydenhuollon organisaatioille, julkisille ja yksityisille, yhteinen piirre on se, että ne ovat ammatillisia yhteisöjä. Ammatillisissa organisaatioissa työntekijöiden sitoutuminen näyttää olevan vahvasti sidoksissa uralla etenemiseen ja palkkioiden, kuten palkankorotusten tai ylennysten, jakamisen kriteereihin. Tässä tutkimuksessa sitoutumisella ymmärretään sisäistä sitoutumista, jolla tarkoitetaan lupautumista tai tunnepitoista kiintymystä johonkin kohteeseen, kuten työhön, organisaatioon tai ihmissuhteisiin (Korppoo 2010, 31). Organisaation rakenteita tärkeämmiksi sitoutumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi ovat osoittautuneet yksilön yleinen orientaatio ja suhtautuminen työhön sekä kollegiaalisuus. Työntekijän sitoutuminen ammattiin ei siis välttämättä tarkoita samaa kuin sitoutuminen organisaatioon. Autonomiia<sup>27</sup> pidetään tärkeänä osana ammatillisuutta. (Wallace 1995, 249–251.)

Engel (1970) osoitti tutkimuksessaan, että julkisessa terveydenhuollon organisaatiossa havaittiin enemmän byrokralle ominaisia hierarkkisia tasoja kuin yksityisessä terveydenhuollossa ja myös sääntöjen sekä sääntelyn määrä oli suurempi. Byrokration määrä organisaatioissa ei kuitenkaan ollut kääntäen verrannollinen autonomian määrään. Tutkimustulokset osoittivat, että molemmat ääripäät, sekä erittäin vahva byrokraatia että byrokration puuttuminen, vähensivät autonomiaa. Julkisen sairaalan lääkärin ja yksittäisten yksityisten ammatinharjoittajalääkärin autonomia osoittautui siten olevan samalla tasolla. Sitä vastoin yksityisessä sairaalassa, jonka byrokraatiaa pidettiin kohtuullisena, lääkärin autonomian taso oli korkeampi.

Myös ammattitaito kuuluu ammatillisuuteen. Anglosaksisella ammattitaito -käsitteellä (skills) viitataan työntekijän ominaisuuksiin tai erilaisiin työhön liittyviin vaatimuksiin. Käyttätymistieteissä ammattitaito määritellään yleensä

---

<sup>27</sup> Ammatillisella autonomialla tarkoitetaan tässä työhön liittyvää oikeutta harjoittaa ammattia vapaasti koulutuksen mukaisesti. Autonomiaan kuuluu mahdollisuus aikatauluttaa työ oman harkinnan mukaan ja oikeus määrittellä ne prosessit, joiden avulla työ toteutetaan. (Engel 1970, 12; Oldham & Hackman 1981, 72.)

työntekijän ominaisuudeksi, kun taas sosiaalitieteissä, joissa painopiste on työelämän rakenteissa, ammattitaito liitetään työn vaatimuksiin (Vallas 1990). Tässä tutkimuksessa ammattitaito ymmärretään Kuokkasen (2000, 14) tavoin tiedollisina, taidollisina ja asenteellisina vaatimuksina, joita yhteiskunta ja työelämä edellyttävät terveydenhuollossa toimivalta henkilöltä.

Professiolla ymmärretään yleisesti arvostettua ja yhteiskunnallisesti merkittävän aseman saavuttanutta ammattia. perinteisesti professioina on pidetty esim. lääkärin, lakimiehen, papin ja opettajan ammatteja. (Lehtomäki 2009, 67). Professionalisoituminen liittyy työnjakoon ja asiantuntijan rooliin. Sen perustana pidetään ammattitaitoa, joka on koulutuksen tai kokemuksen myötä kertynyttä kykyä ja pätevyyttä suoriutua ammatin vaatimista tehtävistä. (Ikola-Norrbacka 2010). Tässä tutkimuksessa näkyy erityisesti Koskisen ja Mykkäsen (1998) käsitys professioiden etuoikeuksia oikeuttavan ajattelutavan muutoksesta viime vuosikymmeninä. Aikaisemmin professiot, tässä tapauksessa lääkärit, edustivat tärkeitä yhteiskunnallisia arvoja. Niiden tilalle ovat tulleet työn vaativuuden ja monimutkaisuuden korostaminen. Lääkärin ammattia on pidetty myönteisenä instituutiona, joka saa merkityksensä työstä yhteiskunnan hyväksi. Työhön kuuluu selkeät ammattieettiset velvoitteet ja tarkoin määritetty rooli yhteiskunnassa. (Pasternack 2003, 689.) Kliinisen työn lisäksi lääkäreillä on ollut merkittävä asema, lähes monopoli, myös terveydenhuollon suunnittelussa ja hallinnossa. Erityisasemastaan johtuen lääkärikunta on välttänyt oman toimintansa kriittistä tarkastelua eikä ole sallinut myöskään muiden tahojen puuttumista toimintaansa. Tämä on nähty myös jossain määrin ristiriitaisena potilaan etuihin. (Teperi & Keskimäki 1993.)

## **3.5 TUTKIMUKSEN AINEISTOT JA ANALYSOINTI-MENETELMÄT**

### **3.5.1 Tutkimusaineiston keruumenetelmät**

Tutkimusta varten kehitettiin kaksi kyselylomaketta, toinen asiakkaille ja toinen henkilöstölle. Asiakkaiden lomake nimettiin seuraavasti: Tutkimus asiakkaiden kokemasta terveyspalvelujen laadusta, sekä yleisistä julkiseen ja yksityiseen liittyvistä arvoista ja asenteista. Lomake jakaantui kolmeen osa-alueeseen: vastaajan taustatiedot, kokemukset terveysaseman palvelusta kyseisellä käyntikerralla sekä suomalaista yhteiskuntaa ja terveyspalveluja koskeva väittämät-patteristo. Lisäksi asiakkaan oli mahdollista lomakkeen loppuun lisätä vapaa kommentti terveysaseman palveluista. Validiteetin varmistamiseksi asiakkaiden kyselylomakkeen palvelujen laatu -osion kysymysten pohjana käytettiin THL:n (Stakesin), kyselylomaketta terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma. Lomakkeen pohjana on kansainvälinen tutkijoiden ja lääkäreiden vuosina 1995–1998 kehittämä EUROPEP -mittari (Grol & Wensing 2000). Mittari on tarkoitettu potilaiden/asiakkaiden tekemiin arviointeihin. Sen käännoksissä ja validaatioprosesseissa on pyritty noudattamaan erityistä tarkkuutta. Suomessa

kyselylomaketta on käytetty kunnissa usean vuoden ajan mittaamaan hoidon laatua terveysasemilla. THL välittää kyselylomaketta kunnille ja se vastaa myös tulosten maksullisesta analysoinnista.

Tutkimuksen arvoja ja asenteita mittaavaa väittämätteristoa käytettiin vuosina 2005–2006 osana kyselylomaketta, jolla PubPri -tutkimusryhmä keräsi poikittaisaineistoa väestökyselyllä (N=2799) yliopistosairaalakaupeungeissa Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. Väittämätteriston sisältänyt kyselylomake testattiin silloin kahdesti (N=37, N=13) ennen aineiston keruuta. Asiakkaiden tutkimuslomake säilyi samanlaisena kaikkina kolmena vuonna. Lisäksi vuosina 2007 ja 2008 asiakkailta kysyttiin, olivatko he vastanneet tähän kyselyyn edeltävänä vuonna/ edeltävinä vuosina.

Henkilöstön kyselylomake laadittiin Pubpri -ryhmässä tätä tutkimusta varten. Kyselylomake nimettiin seuraavasti: Tutkimus terveydenhuollon henkilöstön sitoutumisesta sekä julkisen ja yksityisen toiminnan arvoista ja asenteista. Myös henkilöstön lomake jakaantui kolmeen osa-alueeseen: vastaajan taustatiedot, sitoutuminen sekä suomalaista yhteiskuntaa ja terveyspalveluja koskeva väittämätteristo, joka oli sama kuin asiakkailta. Lomakkeen lopussa pyydettiin strukturoimattomilla tekstiriveillä kehitysehdotuksia omaan työhön ja terveysaseman palveluihin. Taustatietoja kysyttiin suhteellisen vähän, koska sitoutumisosiossa oli sellaisia työnantajaan ja lähiesimiehiin liittyviä kysymyksiä, joiden arveltiin tunnistamisen pelossa karsivan vastaajia. Siksi esimerkiksi vastaajien ikä ja sukupuoli jätettiin kokonaan pois. Henkilöstön kyselylomake testattiin terveydenhuollon ammattilaisilla (N=8) ennen aineiston keruuta.

Tutkimuksen terveysasemakohtainen aineisto kerättiin kahden viikon aikana touko-kesäkuun vaihteessa kolmena perättäisenä vuonna 2006–2008. Taulukossa 2 on esitetty jaettujen kyselylomakkeiden määrät. Kyseessä oli pitkittäistutkimus. Asiakasvastaajiksi valikoituivat kaikki kyseisenä ajanjaksona terveysasemalla käyneet henkilöt lukuun ottamatta työterveyshuollon asiakkaita. Työterveysasiakkaat suljettiin kyselyn ulkopuolelle, koska työterveysasiakkuus ohjaa valintoja ja vaikuttaa sen kautta kokemuksiin. Henkilökunnan kysely osoitettiin yleisesti terveysasemilla työskenteleville ammattiryhmille eli lääkäreille, sairaan- ja terveydenhoitajille sekä perus-/lähihoitajille. Pienillä Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen terveysasemilla kyselylomakkeet jaettiin koko vastaanoton henkilöstölle. Isommissa yksiköissä Salpakankaalla ja Hemossa tutkimukseen valikoitui mukaan kyseisenä tietynä ajanjaksona työssä ollut henkilökunta. Lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä perus-/lähihoitajien määrä vaihteli terveysasemittain. Siksi ammattiryhmien erot sallittiin myös vastaajien määrissä. Jokaisella terveysasemalla oli yhteyshenkilö, joka huolehti kyselyn toteuttamisesta ja lomakkeiden palauttamisesta tutkijalle. Vastaajat sulki vastauksensa valmiiksi maksettuun kirjekuoreen. Osa vastauksista palautui tutkijalle yhteyshenkilön ja postin kautta, osa suoraan postin kautta.

Taulukko 2. Jaettujen kyselylomakkeiden määrät terveysasemittain / vuosi

	Jalkaranta- Metsäkangas N	Laune N	Hemo N	Salpakangas N	Yhteensä N
<b>Asiakkaat</b>	250	250	250	250	1000
<b>Henkilöstö</b>	19	23	40	40	122
- lääkärit	2	7	15	15	39
- hoitajat	17	16	25	25	83

### 3.5.2 Aineiston analysointi

Tutkija tallensi itse tutkimuksen aineiston SPSS -tiedostoon. Ennen varsinaista aineiston käsittelyä tehtiin yksi muuttujamuunnos. Asiakkaiden ikä oli tallennettu syntymävuotena. Syntymävuosi muutettiin muuttujamuunnoksella iäksi tutkimushetkellä. Näin saatiin vastaajien ikä vertailtavaan jatkuvan muuttujan muotoon. Aineiston käsittely aloitettiin ajamalla koko aineistosta suorat jakaukset eli frekvenssit. Näin löytyneet tallennusvirheet korjattiin tai poistettiin.

Tutkimuksen kuvailevalla eli deskriptiivisellä tasolla tarkasteltiin prosenttijakaumilla terveysasemittain vastaajien sosiodemografisia muuttujia. Muuttujien välistä yhteyttä havainnoivalla tasolla vertailtiin korrelaation ja yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla sekä palvelun laatua että henkilöstön sitoutumista terveysasemittain. Korrelaatio kuvaa kahden muuttujan riippuvuutta. Se on osoitus vain yhteisvaihtelusta, ei kausaaliyhteydestä (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 233–237.) Varianssianalyysin avulla tutkitaan poikkeavtko tiettyjen ryhmien keskiarvot toisistaan jonkin kvantitatiivisen jatkuvan muuttujan osalta. Yksisuuntainen varianssianalyysi sisältää vain yhden selittävän muuttujan. (Jokivuori & Hietala 2007, 154.) Selittävällä tasolla, jolla etsitään muuttujaspesifisiä muutoksia, aineistot analysoitiin MCA -moniluokitteluanalyysillä, diskriminaatio- eli erotteluanalyysillä ja kontekstuaalianalyysillä.

MCA (Multiple Classification Analysis, suom. moniluokitteluanalyysi) on monimuuttujamenetelmä, jossa useilla riippumattomilla muuttujilla pyritään selvittämään yhden riippuvan muuttujan vaihtelua. Moniluokitteluanalyysin avulla voidaan tutkia, miten selittäjämuuttujien sisältämien ryhmien keskiarvot muuttuvat, kun malliin otetaan mukaan rinnakkaisia taustamuuttujia. Muiden muuttujien vaikutukset pyritään vakioimaan, jolloin todelliset yhteydet voidaan erottaa näennäisyhteyksistä. (Alkula ym. 1994, 261–263; Toivonen 1999, 250–268; Mikkola 2003, 123–125.) MCA muistuttaa paljon monimuuttujaista regressioanalyysiä. Molemmista analyysimenetelmissä on samanlaiset oletukset: selittävän muuttujan jakauma ei saa olla liian vino ja selittävien muuttujien tulee olla toisistaan riippumattomia (korreloimattomia). MCA on näistä kahdesta vakaampi menetelmä, eli se kestää paremmin poikkeamista edellä mainituista oletuksista (Jokivuori & Hietala 2007, 7–8.).

Diskriminaatio- eli erotteluanalyysi (Discriminant Analysis, DA) valittiin yhdeksi analyysimenetelmäksi siksi, että sen avulla pyrittiin selvittämään, mitkä muuttujista erottelivat eri ryhmiä, tässä tapauksessa neljän terveysaseman vastaajia, parhaiten toisistaan. Analyysin tehtävänä on löytää sellaiset erotte- lufunktiot (lineaarikombinaatiot alkuperäisistä muuttujista), joiden keskiarvo- jen osalta ryhmät eroavat eniten. Näin ollen erotteluanalyysi muistuttaa monen tulosmuuttujan varianssianalyysiiä, jossa tutkitaan eroavatko ryhmät valittujen tulosmuuttujien osalta. Erotteluanalyysillä pyritään kuitenkin löytämään an- netuista muuttujista sellainen ulottuvuus, joka erottelee ryhmiä mahdollisimman hyvin. Erotteluanalyysin perusoletukset ovat samat kuin varianssianalyysillä eli multinormaalijakauma sekä varianssien tai kovarianssien samankaltaisuus eri ryhmissä. Menetelmä ei kuitenkaan ole kovin herkkä sille, että mainituista oletuksista poiketaan. (emt, 120–121.) Erotteluanalyysi muistuttaa toisaalta myös regressioanalyysiiä, koska molemmat analyysimenetelmät tekevät ennustavan mallin useammasta selittävästä muuttujasta. Regressioanalyysissä ennustetaan pistemäärää jollakin indikaattorilla, kun taas erotteluanalyysissä ennustetaan sitä, mitkä muuttujat erottelevat ryhmiä parhaiten (Brace, Kemp & Snelgar 2003, 252).

Tutkimuskohteena olevia asenteiden eroja ei voida selittää ainoastaan yksilömuuttujilla, koska asenteet riippuvat myös siitä, millaisen ryhmän jäseniä yksilöt ovat. Jos jokin ryhmän ominaisuutta kuvaava muuttuja vaikuttaa yksilömuuttujaan, on kyseessä kontekstuaalivaikutus. (Valkonen 1981, 125–127.) Kontekstuaalianalyysissä, josta käytetään myös nimityksiä sosiaalisen järjestel- män analyysi tai monitasoanalyysi, selitettävä muuttuja on aina yksilömuuttu- ja ja ryhmämuuttuja on selittävä muuttujana (Jokivuori & Hietala 2007, 197). Ryhmän jäsenten homogeenisuuden havaintoaineistossa ilmaisee sisäkorrelaatio, joka saadaan jakamalla ryhmien välinen varianssi tarkasteltavan muuttujan kokonaisvarianssilla. Sisäkorrelaatio kuvaa yhteisön yhdenmukaistavaa vaikutusta. Mitä enemmän ryhmien väliset keskiarvot eroavat, sitä suurempi on ryhmien välinen varianssi. Kun sisäkorrelaatio lähestyy arvoa 1, kyseessä on ryhmätason ilmiö. Jos taas sisäkorrelaatio on nolla, kyseessä on yksilöllinen ilmiö. (Malin 1997.)

Palvelujen laadun syvempää analysointia varten koko palvelujen laatu – kysymyspatteristosta laadittiin summamuuttuja. Sen jälkeen MCA -analyysillä tutkittiin taustamuuttujien yhteyttä kokemuksiin palvelun laadusta. Asiakkaiden preferenssejä ja kokemuksia palvelujen laadusta tutkittiin terveysasemittain diskriminaatioanalyysillä. Jokaisesta kolmesta tutkimusvuodesta tehtiin oma analyysinsä. Sen jälkeen vuosittaisia tuloksia ja niissä tapahtuneita muutoksia vertailtiin keskenään. Diskriminaatioanalyysiiä käytettiin myös henkilöstön preferenssien ja sitoutumisen tutkimiseen. Kontekstuaalianalyysillä tutkittiin, kuinka paljon kuuluminen tiettyyn organisaatioon selitti preferensseistä ja sitoutumisesta. Toisin sanoen sisäkorrelaatioilla voidaan arvioida, kuinka yhteneviä saman organisaation työntekijöiden näkemykset eri muuttujista ovat (Jokivuori & Hietala 2007, 202).

# *4 Terveysthuollon organisaatioiden vertailu Päijät-Hämeessä*

## **4.1 KUNNALLISHALLINNOLLISET JA -TALOUDELLISET MUUTOKSET LAHDEN JA HOLLOLAN PERUSTERVEYDEN- HUOLLOSSA**

### **4.1.1 Lahti**

Lahten kaupunki ulkoisti elokuussa 2004 Keskustan alueen terveysaseman palvelut yksityiselle palveluntuottajalle. Johtavien viranhaltijoiden mukaan ulkoistamisella ei etsitty taloudellisia säästöjä, vaan sen taustalla oli Lahden terveydenhuoltoa jo usean vuoden vaivannut lääkäri- ja sairaalavaje<sup>28</sup>. Lahdessa lääkäri- ja sairaalavaje vaikeutti ensisijaisesti avoterveydenhuollon vastaanottoa, mutta lääkäreistä oli pulaa myös sairaalassa. Tilannetta oli yritetty korjata samoilla keinoilla kuin muissakin lääkäri- ja sairaalavajeesta kärsivissä kunnissa: jatkuvalla rekrytoinnilla, tuntuvilla palkankorotuksilla sekä palvelujen porrastamisella lääkäreiden ja hoitajien kesken (Jylhäsaari 2001, 33).

Myös lääkärit itse esittivät huolestumisensa vakinaisten lääkäreiden jatkuvasta vähenemisestä, siihen liittyvästä toimintojen karsimisesta ja lisääntyvästä työpaineesta. Lääkäri- ja sairaalavaje esti myös siirtymisen väestövastuuseen perustuvaan palkkausjärjestelmään, josta toisaalta odotettiin helpotusta lääkäreiden työpaineeseen. Työvoimaa hankittiin ostamalla palveluja lääkäri- ja sairaalavajetta yrityksiltä, jolloin kustannukset kaksinkertaistuivat. Määrärahojen pelättiin loppuvan ja palvelutason heikkenevän entisestään. Erityisen ongelmallista oli lääkäreiden siirtyminen ympäristökuntiin, joissa oli käytössä väestövastuuseen perustuva palkkausjärjestelmä. Se takasi lääkäreille merkittävästi korkeammat palkat. Ympäristökunnissa myös virat onnistuttiin pääosin täyttämään, jolloin työmäärä jakaantui tasaisesti lääkäreiden kesken. (Savilahti 2006.)

---

<sup>28</sup> Lääkäri- ja sairaalavaje koettiin Suomessa myös ennen kansanterveyslain syntyä. Kunnanlääkäreiden hankalien työolosuhteiden vuoksi erityisesti syrjäseudulle oli vaikea saada riittävästi lääkäreitä. Osin puute johtui myös palkkauksesta, sillä kunnanlääkäreiden palkasta vain pieni osa kuului valtionavun piiriin. Kunta maksoi peruspalkan ja muu tulo oli kunnanlääkäriin perittävä suoraan potilailta. (Mattila 2006, 69.)



Keskustan terveysaseman palvelut kilpailutettiin ja tarjouskilpailun voitti Attendo MedOne Oy. Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan välinen sopimus oli kaksivuotinen. Lisäksi sopimuksen jatkamiseen liittyi kahden vuoden optio. Ennen ulkoistamispäätöstä Lahden sosiaali- ja terveyslautakunta sai 1876 lah- telaisen allekirjoittaman kuntalaisaloitteen, jossa vastustettiin Keskustan ter- veysaseman palveluiden siirtämistä yksityiselle yhtiölle. Henkilökunnasta osa jäi virkavapaalle kunnan palveluksesta ja osa oli suorassa työsuhteessa palvelut tuottavaan yritykseen.

Keskustan terveysaseman toimintojen ulkoistamisen jälkeen lääkäritilanne muilla terveysasemilla jatkui edelleen huonona. Avohoidon virkoihin ei ollut yhtään hakijaa, vaikka lääkäripulasta johtuen vakituisille lääkäreille oli päätet- ty maksaa ylimääräinen henkilökohtainen lisä vuosina 2005–2006. Keskustan alueelta saatuihin lyhyen aikavälin hyviin kokemuksiin perustuen päätet- tiin syyskuun alusta 2005 lähtien ulkoistaa myös Launeen terveysasema, jol- la lääkärivaje Lahdessa oli pahin. Launeen palvelujen ulkoistaminen noudatti Keskustan terveysaseman ulkoistamisen mallia. Sopimuskauden pituudeksi määriteltiin myös Launeella kaksi vuotta ja mahdolliseksi jatkokaudeksi niin ikään kaksi vuotta.

Palvelujen ostaminen koski terveysaseman vastaanotto toiminnan lisäksi lääkäreiden osuutta neuvoloista, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä kotihoidosta. Tarjouspyynnön pääkriteerit olivat: kokonaisvuosihinta ja muut kustannustekijät, toiminnan laatu sekä henkilöstöjärjestelyt. Tämän tutkimuk- sen kannalta olennaisimmat tarjouspyynnön osakriteerit olivat laatuun liittyen terveysaseman palvelujen tehokas ja asiakaslähtöinen tuottaminen, sekä henki- löstöjärjestelyjen osalta moniammatillisen työyhteisön henkilöstön johtaminen, toimintavarmuuden ja saatavuuden varmistaminen.

Palvelujen tuottajaksi valikoitui Launeen tarjouskilpailussa Attendo MedOne Oy, joka jo ennestään tuotti Keskustan terveysaseman palvelut. Sopimuksessa Lahti sitoutui myöntämään sopimuskauden ajaksi palkatonta virkavapautta yksi- tyisen palveluntuottajan palvelukseen siirtyville työntekijöilleen. Edellytyksenä oli työskentely nimenomaan Launeen terveysasemalla. Yksityistä palvelun- tuottajaa edellytettiin ottamaan vanhoina työntekijöinä suoraan työsuhteeseen siirtyvät Launeen entiset työntekijät. Osa työntekijöistä siirtyi kokonaan yksi- tyisen työnantajan palvelukseen ja osa otti virkavapautta Lahden kaupungilta. Yksityisen palveluntuottajan vastuun ulkopuolelle jäivät erikoissairaanhoidon, laboratorio- ja kuvantamispalvelujen sekä potilastietojärjestelmän kustannuk- set. Palvelujen tuotanto tapahtui samoissa tiloissa kuin ennen ulkoistamista. Yksityinen palveluntuottaja sitoutui maksamaan vuokraa tiloista. Koneet ja ka- lusteet sekä tilojen siivous ja tekninen huolto jäivät edelleen Lahden kaupungin vastuulle.

Ulkoistaminen nähtiin ratkaisuna terveysasemien lääkäreiden rekrytoin- tiongelmiin, eikä viranhaltijoiden mukaan sille ollut mitään vaihtoehtoja. Lääkärivajeen lisäksi ulkoistamisen syiksi mainittiin lainsäädännön pakotta- vuus sekä aikaisemmin harjoitettu politiikka, joka ohjasi valintoja vääjäämät-



tömästi tiettyyn suuntaan. (Tiilikka ym. 2009, 54–59.) Lääkärivajeen syntyyn vaikutti ainakin osittain Lahden kaupungin päätös luopua väestövastuuvirkaehtosopimuksesta<sup>29</sup> vuonna 1993, vaikka itse väestövastuujärjestelmä jäi edelleen voimaan. Lääkärit kritisoivat myös voimakkaasti vuoden 2000 organisaatiouudistuksen tulosta, ns. Lahden mallia<sup>30</sup>, joka oli toiminnassa vuosina 2001–2004. Konsulttiyrityksen luoman mallin organisaatio oli tyypiltään matriisiorganisaatio, jossa kolme yksikköä eli terveydenhuollon erityispalvelut, tukipalvelut ja kehityspalvelut toimivat kaikilla hyvinvointialueilla. Tavoitteena oli vahvistaa tiimityöskentelyä ja moniammatillista yhteistyötä. Jokaisella hyvinvointialueella oli yksi johtaja, joka vastasi sekä sosiaali- että terveyspalveluista. Hyvinvointialueen johtajan ei tarvinnut olla koulutukseltaan lääkäri<sup>31</sup>. Lääkärit arvostelivat voimakkaasti sekä tiimityöskentelyä että yhden johtajan mallia. Kyseinen ammattikunta on yleisesti tottunut siihen, että myös heidän esimiehensä ovat lääkäreitä. (Jylhäsaari 2009, 118.)

Lahden kaupunginhallitus pyysi vuoden 2005 aikana sosiaali- ja terveys-toimelta selvitystä lääkäreiden työilmapiiristä, työolosuhteista ja johtamisesta. Ulkopuolisen arvioijan selvityksestä tuli käydä ilmi, miksi lääkäripula on Lahdessa alun perin syntynyt, miksi se jatkui edelleen ja millä keinoin voitiin luoda edellytykset riittävän lääkärimäärän rekrytoinnille ja pysyvyydelle. Selvityksen mukaan Lahden terveydenhuolto oli saanut huonon maineen lääkäreiden keskuudessa. Tähän vaikuttivat tiedossa oleva lääkärivaje, ympäristökuntia huonompi palkkaus sekä kaupungin heikko, säästötoimia edellyttävä taloustilanne. Median ylläpitämät mielikuvat Lahdesta ja lahtelaisista eivät myöskään helpottaneet lääkäreiden rekrytointia:

”Lahtelaisilla huono itsetunto, huono koulutus, nopeasti kasvanut teollisuuskaupunki, siirtolaiset tulivat, oli rikkaus 60-luvulla, tuli heimoja junalasteittain, juuret maaseudulla, sitten tuli työttömyys, se näkyy lääkärin työssä.”

”Pieni maalais-työläiskaupunki, mikä näkyy, päättäjien koulutustaso alhainen, akateemisen ammatin kateus, 500 €:n lisästä tapeltiin, ei lääkäriystävällinen kaupunki, terveyskeskuspäätökset yleensä kielteisiä.”

Selvitysmies esitti loppuraportissaan, että työilmapiiriä piti pyrkiä parantaman lisäämällä luottamusta sekä poliitikkojen ja viranhaltijoiden että viranhaltijoiden ja henkilöstön välille. Kaupungin terveydenhuollon tavoitteet tuli saada selkeämmiksi ja strategisen johtamisen osaamista tarvittiin lisää. Selvitysmies ei varsinaisesti ottanut kantaa terveysasemien ulkoistamiseen, mutta totesi, että taloudellisten säästövaatimusten paineessa tehtyjen hätäratkaisujen sijaan

<sup>29</sup> Väestövastuuvirkaehtosopimuksessa vastaanotolla käyneiden potilaiden määrä vaikuttaa osaltaan palkkaan.

<sup>30</sup> Valtakunnallisesti suuntaus oli Lahden mallin käyttöönoton aikaan päinvastainen eli kaupunkien sosiaali- ja terveystoimessa pyrittiin luopumaan hajautetusta organisaatiomallista..

<sup>31</sup> Kahden hyvinvointialueen johtaja oli koulutukseltaan lääkäri, yhden entinen sosiaalipäällikkö ja yhden terveystieteiden maisteri.

tarvittiin pysyvämpiä rakenteellisia muutoksia. Niin ikään omalääkärijärjestelmää tuli kehittää hyvänä ja oikeana lähtökohtana yleislääkäriin työlle. (Telaranta 2005.)

Viranhaltijat kiistävät väitteen, että yksityinen yritys olisi päässyt taloudellisesti hyötymään Lahden lääkärin rekrytointiongelmista. Johtavan ylilääkäriin mukaan terveysaseman tarjoamien palveluiden ostaminen yksityiseltä tuottajalta ei tullut omaa palvelutuotantoa kalliimmaksi (Jylhäsaari 2009, 118–119.) Suurten kaupunkien vertailussa<sup>32</sup> vuosina 2006 ja 2007 Lahden avoterveydenhuollon kustannukset ikävakioiduna asukasta kohti olivat kaupungeista toiseksi pienimmät sekä vuonna 2008 lähellä keskitasoa eli viidenneksi pienimmät (Lahtinen & Mikkola 2007, 2008; Mikkola 2009). Avoterveydenhuollon ikävakioidut kustannukset on esitetty taulukossa 3.

*Taulukko 3. Avoterveydenhuollon ikävakioidut<sup>33</sup> kustannukset asukasta kohti ja niiden ero suurten kaupunkien mediaaniin sekä avoterveydenhuollon kokonaiskustannukset ja niiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista Lahdessa vuosina 2006–2008. (Lahtinen & Mikkola 2007, 2008; Mikkola 2009.)*

<b>Vuosi</b>	<b>€/asukas</b>	<b>Ero suurten kaupunkien mediaaniin %</b>	<b>Avoterveydenhuollon kokonaiskustannus</b>	<b>Avoterveydenhuollon osuus % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista</b>
<b>2006</b>	219	-5,6	22 052 820	13,2
<b>2007</b>	223	-8,1	22 825 781	12,9
<b>2008</b>	258	-0,3	26 315 037	13,1

Kustannusten vertaaminen tarkasti ennen ja jälkeen ulkoistamisen on vaikeaa, koska Lahden kaupungin ja ulkoisen palvelun tuottajan välisiä kustannuksia ei eroteltu selkeästi. Yksityiseltä palveluntuottajalta ei peritty esimerkiksi sähkö- ja siivoukuskustannuksia, jotka yleensä veloitettiin terveysasemilta. Niin ikään kaupunki vastasi edelleen puhelin- ja postikustannuksista. Ulkoinen palveluntuottaja maksoi ainoastaan ns. peruslääkevalikoiman lääkkeitä. Muut lääkkeet maksoi kaupunki. Edelleen Lahden kaupungin maksettavaksi jääneitä kustannuksia ja sopimuksen perusteella maksettavia korvauksia ulkoiselle palveluntuottajalle maksettiin samalta laskentatunnisteelta. Erityisryhmien (esim. maahanmuuttajat, diabeetikot, gynekologiset asiakkaat) hoito jäi kaupungin omille terveysasemille, samoin erityistyöntekijöiden (kuulontutkija, jalkaterapeutti, ravitsemussuunnittelija, diabeteshoitaja ym.) vastaanotot. (Lahden kaupungin talousosaston henkilökunnan sähköpostitiedonanto 2006.)

<sup>32</sup> Suomen Kuntaliitto julkaisee vuosittain suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannusvertailun. Mukana ovat Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku ja Vantaa.

<sup>33</sup> Ikävakioiduilla eri kaupunkien kustannukset on saatettu vertailukelpoisiksi siten, että kunkin kaupungin kustannukset lasketaan olettaen eri ikäryhmissä olevien asukkaiden suhteellinen määrä yhtä suureksi kuin kaupungeissa yhteensä (Lahtinen & Mikkola 2006).

#### 4.1.2 Hollola

Myös Hollolan Salpakankaan terveysasemalla tapahtui kolmen vuoden aikana suuria muutoksia. Vuonna 2006, kun kysely tehtiin ensimmäisen kerran, Hollolan terveysasema oli vielä yhden kunnan terveysasema. Valtio esitti kuitenkin kunnille vaatimukset perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvän sosiaalitoimen järjestämisestä vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Viiden Päijät-Hämeen kunnan (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) päättäjät päätyivät yhteistyöhön vastatakseen laajemman väestöpohjan haasteeseen. Terveysdenhuollon nopea kustannuskehitys oli kunnille yhteinen ja myös keskeisin tulevaisuuden selviytymisen kysymys. Monet tekijät olivat ajamassa tilannetta nopeasti umpikujaan: pula työvoimasta ja alueen heikko verotulopohja ja sitä kautta kyky kattaa kiihtyviä kustannuksia. Hyvin hoidettu perusturvan toimiala kaikissa kunnissa antoi kuitenkin hyvän lähtökohdan yhteistyölle. (Tornio, Rahkonen, Huldén, Myllymäki, Hiltunen & Halme 2007.)

Liikelaitosmallin valinta toiminnalle ei ollut itsestään selvää, vaan keskustelua käytiin myös kuntayhtymämallista ja isäntäkuntamallista<sup>34</sup>. Monivaiheisen selvittely- ja päätösprosessin tuloksena syntyi kunnallinen liikelaitos – malli kompromissina erilaisten näkemysten välille. Ajatuksena oli myös luoda riittävän yhtenevä toimintamalli, jolloin tulevaisuudessa mahdollisten kuntarajojen poistuessa toimintaan kohdistuvat muutokset olisivat vähäisiä. (Tornio ym. 2007.) Läntinen perusturvapiiri on viiden edellä mainitun kunnan muodostama perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alue. Kuntien yhteenlaskettu väestöpohja on noin 40 000 asukasta. Piirissä palvelujen tuottaja on Peruspalvelukeskus Oiva ja tilaaja on kuntien yhteinen perusturvalautakunta. Sekä tilaaja että tuottaja ovat osa Hollolan kuntaorganisaatiota. Salpakankaan terveysaseman liittämässä liikelaitos Oivaan oli kyseessä toiminnan ulkoistaminen, koska kunta voi ulkoistamisessa siirtää itse aiemmin hoitamansa toiminnon yksityisen sijasta myös julkiselle toimijalle, kuten tässä tapauksessa kunnalliselle liikelaitokselle. Palveluntuottaja säilyi siten edelleen julkisena. Kuviossa 5 on esitetty tutkimuskuntien sijainti Päijät-Hämeessä.

---

<sup>34</sup> Isäntäkuntamallilla tarkoitetaan kuntien välistä sopimusjärjestelyä, jossa toinen kunta tuottaa yhteistoimintaan osallistuvien kuntien tarvitsemat, sopimuksessa määritellyt palvelut. Usein isäntäkunnaksi kutsuttu tehtävän hoitamiseen sitoutunut kunta vastaa omalla organisaatiollaan tehtävän toteutuksesta. (<http://www.kuntaportaali.org/>)



Kuvio 5. Tutkimuskuntien sijainti Päijät-Hämeessä

## 4.2 TERVEYSASEMIEN PALVELUALUEIDEN KUVAUS

### 4.2.1. Julkinen terveysasema

Jalkaranta-Metsäkankaan terveysaseman piiriin kuuluu asiakkaita kahdelta väestöpohjaltaan hyvin erilaiselta alueelta. Jalkarannan alue alkaa runsaan kilometrin päässä Lahden ydinkeskustasta ja ulottuu runsaan kuuden kilometrin etäisyydellä sijaitsevalle Hollolan rajalle. Keskeinen sijainti ja Vesijärven sekä Salpausselän harjun läheisyys ovat houkuttelleet alueelle varakkaita pientaloasukkaita. ([www.lahti.fi](http://www.lahti.fi)) Aikuisväestön koulutustiedot mittaavat väestön sosio-ekonomista rakennetta ja kertovat välillisesti myös tulo- ja elintasosta. Korkea koulutus tarkoittaa yleensä myös hyvää työmarkkina-asemaa ja palkkatasoa. (Karisto ym. 2003, 28.) Jalkarannassa täysi-ikäisistä asukkaista vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuus oli suurin koko Lahden alueella. Aukkaiden keskitulot vuonna 2001<sup>35</sup> olivat noin kaksinkertaiset koko Lahden alueeseen verrattuna. Jalkaranta on keskituloiltaan Suomen vauraimpia alueita. Työttömiä oli alueella vähän Lahden keskimääräiseen työttömyyteen verrattuna<sup>36</sup>. Työväestötalouksien osuus alueella on ollut vähäinen. (Seppänen 2006.)

<sup>35</sup> Lahden terveysasemien alueiden tilastotietoja oli käytettävissä vuosilta 2000 ja 2001.

<sup>36</sup> Lahdessa keskimääräinen työttömyys aleni tutkimusvuosina siten, että 2006 työttömyys oli 14,0 %, 2007 12,1 % ja 2008 11,0 %.

Metsäkangas kuuluu Kärpäsen kaupunginosaan. Sen etäisyys Lahden ydinkeskustasta on neljä kilometriä. Asuinalue on kooltaan vajaa 70 hehtaaria ja se rakennettiin pääosin 1970- ja 1980-luvuilla. Metsäkankaan vajaan 1900 asunnosta omistusasuntoja vuonna 2000 oli noin 1100 ja vuokra-asuntoja alle 600. Asuinpinta-alasta yli 70 % on kerrostaloissa ja asunnoista noin 60 % on pientaloita (1–2 huonetta). (www.lahti.fi) Metsäkankaalla asukkaiden keskitulot vuonna 2001 olivat Lahden keskitasoa, mutta vain noin puolet Jalkarannan asukkaiden keskituloista. Vastaavasti työttömyysaste oli alle Lahden keskiarvon, mutta kaksinkertainen Jalkarantaan verrattuna. Lähes kaksi kolmannesta 18 vuotta täyttäneistä oli suorittanut vähintään keskiasteen tutkinnon. Työväestötalouksien osuus Metsäkankaalla vuonna 2000 oli yli nelinkertainen Jalkarantaan verrattuna. (Seppänen 2006.)

#### 4.2.2 Ulkoistettu terveysasema

Launeen terveysasema palvelee paitsi Launeen, myös Nikkilän, Renkomäen, Liipolan, Saksalan, Asemantaustan ja Hennalan alueiden väestön tietoja on esitetty taulukossa 4. Alueen asuntokanta on hyvin monimuotoista ja alueella asuu vuoden 2000 tilaston mukaan työväestöä enemmän kuin Lahdessa keskimäärin. Vuonna 2001 vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli Saksalassa hieman alle ja Renkomäellä sekä Laune-Nikkilässä hieman yli Lahden keskiarvon. Työttömyysaste alitti kaikilla kolmella alueella Lahden keskimääräisen työttömyyden. Saksalan alueen keskitulot olivat hyvin lähellä Lahden keskiarvoa ja ylittyivät Renkomäellä ja Laune-Nikkilän alueella. Launeen terveysaseman piiriin kuuluu myös Liipola, joka tunnetaan Lahden ongelmalähiönä. Järjestyshäiriöt ovat synnyttäneet alueelle huonon maineen. Liipolassa työväestön määrä vuonna 2000 oli samaa suuruusluokkaa kuin edellä mainituilla muilla alueilla. Työttömyyttä esiintyi kuitenkin Liipolassa eniten kaikista Lahden alueista. Niin ikään keskitulot ja keskiasteen tutkinnon suorittaneiden määrä jäivät selvästi Lahden keskiarvoa alemmiksi. (Seppänen 2006.)

Taulukko 4. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen terveysasemien piiriin kuuluvien alueiden taustatietoja vuosina 2000–2001 (Seppänen 2006; www.lahti.fi).

Alue/ Taustatiedot	Jalkaranta	Metsäkangas	Saksala	Renkomäki	Laune-Nikkilä	Liipola	Lahti keskiarvo
Työväestön määrä	7 %	29 %	28 %	31 %	28 %	31 %	23 %
Vähintään keskiasteen tutkinto	75 %	60 %	60 %	68 %	64 %	53 %	62 %
Työttömyysaste	7 %	14 %	14 %	10 %	13 %	27 %	16 %
Keskitulot	35 470 €	17 873 €	17 291 €	19 785 €	19 207 €	14 297 €	17 966 €

### 4.2.3 Julkinen liikelaitostettu terveysasema

Salpakangas on Hollolan kuntakeskus, jossa asuu yli puolet kunnan noin 21700 asukkaasta. Hollolan keskuksesta on matkaa Lahden keskusta noin 8 km. (www.lahti.fi) Sekä Päijät-Hämeessä että valtakunnallisesti muihin kuntiin verrattuna Hollolan ikärakenne on nuori. Vuoden 2001 lopussa asukkaista 0–14 -vuotiaiden ikäryhmään kuului viidennes ja 15–64 -vuotiaiden ikäryhmään vähän yli kaksi kolmasosaa asukkaista. Loput asukkaista kuuluivat kahteen vanhimpaan, 65–74 -vuotiaiden ja 75-vuotiaiden ikäryhmään. Lahdessa 0–14 -vuotiaita oli 5 % vähemmän kuin Hollolassa. Muita ikäryhmiä oli lähes yhtä paljon kummassakin kunnassa. Keskimääräinen työttömyys Hollolassa vuonna 2000 (11,7 %) <sup>37</sup> oli alempi kuin Lahdessa. Keskiasteen koulutuksen suorittaneiden määrä oli Lahden tavoin Hollolassa lähellä koko maan keski-arvoa. Sen sijaan korkeasteen koulutettujen määrässä Hollola pääsi ainoana kuntana Päijät-Hämeessä maan keskiarvon tasolle. (Karisto ym. 2003, 15.) Korkea-asteen koulutettujen määrä näkyy myös tuloissa. Hollolalaisten keskitulot ovat vuosittain olleet korkeammat kuin lahtelaisten keskitulot <sup>38</sup>. Asumisen painopiste on pitkään ollut omakotiasumisessa. Vuokra-asuntokanta on Hollolassa Asikkalan ohella Lahden seudun pienin. Vuonna 2006 vuokra-asuntojen määrä oli noin 20 % koko asuntokannasta. (Hollolan kunnan asunto-ohjelma vuosille 2008–2010.)

### 4.2.4 Yksityinen lääkärikeskus

Julkisessa terveydenhuollossa asiakkaan tulee ensisijaisesti voida käyttää oman kunnan tai kuntayhtymän terveysaseman palveluja (esim. Ihalainen 2007, 40). Sen sijaan yksityiseen lääkärikeskukseen asiakkaat voivat tulla periaatteessa mistä kunnasta tahansa. Yksityinen vakuutus, aikaisemmat käyttökokemukset ja oma valinta ohjaavat yksityisen lääkäripalvelun käyttöä (Jännti 2008, 148). Myös yksityisessä terveydenhuollossa on tapahtunut 2000-luvulla suuria muutoksia. Institutionalisoituneet toimintamallit, joissa yksityiset lääkärit harjoittivat toimintaa omistamallaan lääkäriasemalla, ovat saaneet väistyä isojen lääkäriasemaketjujen tieltä. Niin ikään uutena ilmiönä yksityisessä terveydenhuollossa on noussut esiin palvelujen tuottamisen kansainvälistyminen. Muutamia kooltaan isoja yrityksiä, kuten Mehiläinen Oy ja Suomen Terveystalo Oy, on siirtynyt ulkomaisten pääomasijoittajien haltuun. Tässä tutkimuksessa mukana olevalla yksityisellä Lääkärikeskus Hemo Oy:llä on pitkät perinteet Lahdessa. Sen perustivat paikalliset lääkäriosakkaat vuonna 1947 ja se on ollut yksi vanhimmista ja suurimmista lääkärikeskuksista Suomessa. Vuonna 2003 tapahtui omistajan vaihdos ja Hemo siirtyi lääkärikeskusetju Suomen Terveystalo Oy:n omistukseen. Sen enemmistöomistajina olivat yhtiön toimiva johto, hallitus ja työvakuutusyhtiöt Ilmarinen ja Varma. Vuoden 2009 alussa eurooppalaisen pääomasijoitusyhtiö Bridgepointin tytäryhtiö Star Healthcare osti Suomen Terveystalo Oy:n osakekannan.

<sup>37</sup> Hollolan työttömyys pysyi Lahtea alemmalla tasolla myös tutkimusvuosina. Vuonna 2006 työttömyys oli 9,0 %, 2007 7,3 % ja 2008 6,4 %.

<sup>38</sup> Keskitulot Hollolassa (Lahdessa) olivat vuonna 2006 22 986 € (21 310 €), 2007 24 668 € (22 473 €) ja 2008 25 215 € (23 369 €). www.verkkotietokeskus.fi

# 5 Terveydenhuollon organisaatioiden vertailun tulokset

## 5.1 KYSELYYN VASTANNEIDEN ASIAKKAIDEN TAUSTA- MUUTTUJAT

### 5.1.1 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2006

Jokaisen vuoden vastaajien taustatiedot esitetään tiivistetysti erikseen vuosittain. Yksityiskohtaiset luvut löytyvät liitetaulukoista 1–9. Vertailun helpottamiseksi sekä asiakaskyselyn vastausprosentit että asiakasvastaajien iän keskiarvot terveysasemittain on koottu alkuun taulukoihin 5 ja 6.

Taulukko 5. Asiakaskyselyn vastausprosentit terveysasemittain 2006–2008

Tutkimus- vuosi	Jalkaranta- Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Yhteensä
2006	N=100 40 %	N=102 41 %	N=83 33 %	N=85 34 %	N=370 37 %
2007	N=101 40 %	N=84 34 %	N=56 22 %	N=112 45 %	N=353 35 %
2008	N=105 42 %	N=65 26 %	N=50 20 %	N=105 42 %	N=325 33 %

Taulukko 6. Asiakasvastaajien iän keskiarvot terveysasemittain 2006–2008

Tutkimus- vuosi	Jalkaranta- Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas
2006	60 vuotta (N=99)	63 vuotta (N=98)	46 vuotta (N=82)	54 vuotta (N=84)
2007	63 vuotta (N=97)	64 vuotta (N=80)	47 vuotta (N=55)	58 vuotta (N=108)
2008	62 vuotta (N=104)	64 vuotta (N=65)	50 vuotta (N=50)	60 vuotta (N=101)

Otoskoko oli vuosina 2006–2008 kaikilla terveysasemilla sama eli vuosittain jokaisella terveysasemalla lomakkeita jaettiin asiakkaille 250 kpl. Ensimmäisenä kyselyn toteuttamisvuonna 2006 suurimmat vastausprosentit olivat Lahdessa



ulkoistetulla Launeen terveysasemalla (41 %) ja perinteisellä julkisella Jalkaranta-Metsäkankaan terveysasemalla (40 %). Noin viidennes vähemmän vastauksia saatiin Hollolan julkisella Salpakankaan terveysasemalla (34 %) ja Lahden yksityisellä Hemon lääkäriasemalla (33 %). Kun verrataan vastausprosentteja esimerkiksi PubPri -tutkimusryhmän vuosina 2005–2006 yliopistokaupungeissa tekemän väestökyselyn vastausprosentteihin<sup>39</sup>, voidaan kahta ensimmäistä lukua pitää kohtalaisen hyvänä ja kahta jälkimmäistä tyydyttävänä. Avoimiin kysymyksiin oli Launeella vastannut hieman yli puolet ja Jalkaranta-Metsäkankaalla puolet lomakkeen palauttaneista. Hemossa avoimiin kysymyksiin oli vastannut viisi asiakasta. Salpakankaalla avoimiin kysymyksiin vastanneita ei ollut yhtään. Siten samoilla terveysasemilla, joilla kyselyn vastausprosentti oli suurin, myös avoimiin kysymyksiin vastattiin aktiivisesti. Palautteen antamiselle näytti siten olevan tarvetta. Kadon syyt voivat osittain johtua toiminnallisista eroista organisaatioiden välillä, koska asiakkaiden ohjeistus lomakkeen täyttämiseen vaati henkilökunnalta hieman ylimääräistä aikaa. Edelleen vastaamisaktiivisuutta saattoi heikentää mahdollisuus ottaa kyselylomake mukaan kotona täytettäväksi. Näin lomakkeen palauttaminen saattoi kokonaan unohtua tai sitä ei myöhemmin nähty enää tarpeelliseksi.

Vuoden 2006 kyselyyn vastanneista Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella lähes yli kaksi kolmannesta vastaajista oli naisia. Hemossa ja Salpakankaalla naisvastaajien osuus oli vieläkin suurempi. Vastaajien iän keskiarvo oli korkein Launeella. Suurin vastaajien ikäryhmä siellä oli 65–74-vuotiaat. Jalkaranta-Metsäkankaalla vastaajien iän keskiarvo oli hieman matalampi kuin Launeella ja 55–64-vuotiaiden ja 65–74-vuotiaiden vastaajien ikäryhmät olivat suurimmat. Yksityisessä lääkärikeskuksessa Hemossa, jonne asiakkaat hakeutuvat pääosin vapaaehtoisesti tai vakuutusten ohjaamina, vastaajat olivat selkeästi nuorempia kuin muissa yksiköissä. Hemossa suurimman vastaajien ikäryhmän muodostivat 45–54-vuotiaat. Hollolassa on Lahta nuorempi väestön ikärakenne ja siksi myös iän keskiarvo siellä oli alhaisempi. Suurin ikäryhmä oli 65–74-vuotiaat, vaikka kuten iän keskiarvo osoittaa, myös nuoremmissa ikäryhmissä vastaajia oli Lahden terveysasemia enemmän.

Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista lähes kaikki olivat kotoisin Lahdesta. Samoin kaikki Salpakankaan vastaajat olivat hollolalaisia. Hemon vastaajista neljä viidestä oli kotoisin lähistöltä Lahdesta tai Hollolasta ja loput vastaajat tulivat vaihtelevasti muista ympäristökunnista. Joukossa oli myös muutamia vastaajia Keski- ja Länsi-Suomesta. Noin kaksi kolmasosaa Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista oli eläkkeellä. Jalkaranta-Metsäkankaalla eläkeläisiä oli muita terveysasemia enemmän sekä 55–64 -vuotiaiden että 45–54 -vuotiaiden ikäryhmissä. Avoimista vastauksista käy ilmi, että eläkkeelle jääminen ohjaa osaltaan julkisiin terveyspalveluihin, koska työnantajan tarjoamat työterveyspalvelut eivät ole enää käytettävissä. Toisaalta eläkkeellä myös tulot pienenevät, jolloin kynnys kalliimpien yksityis palvelujen käyttöön voi olla korke-

---

<sup>39</sup> Pubpri -tutkimusryhmän vuosina 2005-2006 yliopistokaupungeissa tekemän kyselyn (N=2799) vastausprosentit olivat: Helsinki 42 %, Tampere 47 %, Turku 50 %, Kuopio 49 % ja Oulu 45 %.



ampi. Salpakankaan vastaajista noin puolet oli työssä ja puolet eläkkeellä. Hemon vastaajista yli puolet oli mukana työelämässä ja vain viidennes oli eläkkeellä. Hemossa suurimmat vastaajaryhmät muodostuivat toimihenkilöistä ja työntekijöistä, vaikka työterveyshuollon palvelut rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Launeen terveysasemalla työttömien vastaajien osuus (15 %) oli noin kolme kertaa suurempi kuin muilla terveysasemilla. Tämä johtunee Launeeseen kuuluvas- ta Liipolan alueesta, jolla työttömyysaste on perinteisesti ollut Lahden korkein.

Jalkaranta-Metsäkankaan asiakkaista lähes kaksi kolmasosaa ja Launeen asi- akkaista yli kaksi kolmasosaa oli käynyt ammattikoulun, lyhyen ammattikou- lutuksen tai ammatillinen koulutus puuttui kokonaan. Vastaavasti Hemossa yli kaksi kolmasosaa vastaajista oli suorittanut kouluasteen tai sitä korkeamman tutkinnon. Myös Salpakankaalla enemmistöllä vastaajista oli koulutason tai sitä korkeampi koulutus. Opistotason/amk- ja korkeakoulututkinnon suorittaneiden määrä oli Salpakankaalla pienempi kuin Hemossa, mutta suurempi kuin Lahden terveysasemilla. Salpakankaalla vuonna 2006 alle puolet työssä käyvistä vas- taajista oli kunnan tai kuntayhtymän palveluksessa ja lähes saman verran työ- kenteli yksityisissä yrityksissä. Muilla asemilla selkeä enemmistö vastaajista oli työssä yksityisellä sektorilla.

Yksinomaan julkisia terveyspalveluja edeltävän vuoden aikana oli käyttänyt noin kolmannes Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Salpakankaan vastaa- jista. Vastaavasti noin kolmannes Hemon asiakkaista oli käyttänyt ainoastaan yksityisiä terveyspalveluja. Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Salpakankaan vastaajista noin kaksi kolmasosaa oli käyttänyt edeltävänä vuonna yksityistä lääkäriasemaa 1–4 kertaa. Hemon asiakkaista vähän yli puolet oli käyttänyt jul- kisia terveyspalveluja 1–4 kertaa viimeisen vuoden aikana. Runsaasti eli viisi kertaa tai enemmän terveyspalveluja vuoden aikana käyttäneitä oli Jalkaranta -Metsäkankaalla noin kolmannes ja Launeella sekä Salpakankaalla keskimäärin kaksi viidesosaa vastaajista.

Vastaushetkellä Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaista yli 70 %:lla, Salpakankaan asiakkaista yli 60 %:lla sekä Hemon vastaajista alle puo- lella oli jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma. Pitkäaikaissairaiden runsaasta lukumäärästä huolimatta terveydentilansa kohtalaiseksi tai hyväksi arvioi noin neljä viidestä Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Salpakankaan vastaajista. Hemossa yli puolet vastaajista koki terveydentilansa hyväksi tai erinomaisek- si. Tutkimuksissa on havaittu, että itse arvioitu terveydentila on yksinkertai- nen mutta kuvausvoimainen terveyden mittari. Se mittaa terveyttä omana ko- kemuksena, siis eri näkökulmasta kuin tiedot lääkärin toteamista sairauksista. Kyseinen mittari on havaittu hyväksi esimerkiksi kuolleisuutta ennustettaessa. (Karisto ym. 2003, 102)

Jalkaranta-Metsäkankaalla hieman alle puolet vastaajista kävi saman lääkä- rin/sairaas- tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Launeella samalle lääkäriille/ hoitajalle pääsi alle kolmannes vastaajista. Myös yksityisen Hemon asiakkais- ta noin kolmannes kävi samalla lääkäriellä julkisella terveysasemalla. Sen si- jaan Salpakankaalla, jossa oli omalääkärijärjestelmä, noin 90 % asiakkaista kävi

toistuvasti samalla lääkäriillä/hoitajalla. Lahdessa moni terveysaseman asiakkaista olisi halunnut mennä samalle lääkäriille, mutta se osoittautui käytännössä lähes mahdottomaksi. Yksityisellä lääkäriasemalla kävijöillä on mahdollisuus valita lääkäri, jonka vastaanotolle haluaa mennä. Vuori (1995, 90) toteaa, että länsimaiseen kulttuuriimme kuuluu halu kontrolloida intiimiympäristöä. Terveyspalveluissa tämä ilmenee haluna rajata omaa itseä koskeva tietämys vain tietyille lääkäriille. Vuoren mukaan jopa hoidon onnistuneisuus voi olla sidoksissa siihen, että asiakas tietää asioidensa pysyvän tietyillä henkilöillä. Intimiteettiä varjelevaa pitkää hoitosuhdetta on pidetty yksityisen terveydenhuollon etuna julkiseen terveydenhuoltoon verrattuna. Tässä tutkimuksessa kaikki yksityisen lääkäriaseman asiakkaat eivät kuitenkaan tätä mahdollisuutta käyttäneet. Akuuttien sairauksien hoidossa asiakkaat ohjataan myös yksityisellä lääkäriasemalla vaihtuvan päivystävän yleislääkärin vastaanotolle.

### **5.1.2 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2007 ja muutokset edelliseen vuoteen**

Vuoden 2007 vastausprosentti pysyi Jalkaranta-Metsäkankaalla edellisen vuoden tasolla (40 %). Sen sijaan vastaajien määrä laski sekä Launeella että Hemossa. Launeella vastausprosentiksi tuli nyt 34 % ja Hemossa 22 %. Hemon vastausprosenttia voidaan pitää heikohkona. Salpakankaalla vastausprosentti (45 %) nousi koko tutkimuksen korkeimmaksi. Edelliseen vuoteen verrattuna samoja vastaajia oli vähän. Alle 1 % asiakkaista oli vastannut kyselyyn edellisenä vuonna.

Edellisen vuoden tavoin vuoden 2007 kyselyyn vastanneista suurin osa, toisin sanoen Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla lähes kolme neljästä ja Hemossa lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta oli naisia. Vastaajien iän keskiarvo oli edelleen korkein Launeella. Myös suurin vastaajien ikäryhmä pysyi Launeella samana (65–74-vuotiaat). Jalkaranta-Metsäkankaalla vastaajien iän keskiarvo nousi lähelle Launeen tasoa ja sielläkin 65–74-vuotiaiden vastaajien ikäryhmä oli suurin. Nuorimmat vastaajat olivat edelleen yksityisessä lääkärikeskus Hemossa. Suurimmat vastaajien ikäryhmät muodostuivat siellä 45–54- ja 55–64-vuotiaista. Hollolassa Salpakankaalla vastaajien iän keskiarvo nousi edellisestä vuodesta eniten. Suurin ikäryhmä pysyi kuitenkin edelleen samana eli 65–74-vuotiaita vastaajia oli eniten.

Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista edelleen lähes kaikki vastaajista olivat kotoisin Lahdesta. Salpakankaan vastaajista lähes kaikki olivat hollolalaisia. Hemon vastaajista kolme neljäsosaa tuli Lahdesta tai Hollolasta ja loput yksittäisinä muista ympäristökunnista. Eniten eläkeläisiä oli jälleen Launeen (75 %) ja Jalkaranta-Metsäkankaan (68 %) vastaajissa. Myös Salpakankaan vastaajarakenne pysyi tässä asiassa vuoden 2006 tasolla eli noin puolet vastaajista oli työssä ja puolet eläkkeellä. Hemon vastaajissa eläkeläisten määrä puolittui edellisestä vuodesta. Vuonna 2007 vain joka kymmenes vastaaja oli eläkkeellä. Hemossa suurimmat vastaajaryhmät muodostuivat edelleen toimihenkilöistä ja työntekijöistä. Heitä oli noin kaksi kolmannesta vastaajista. Launeen terveys-

asemalla työttömänä oli joka kymmenes vastaaja. Määrä oli pienentynyt ja lähentynyt muiden terveysasemien työttömien vastaajien osuutta (6–7 %). Selkeä enemmistö kaikkien terveysasemien työssä käyneistä oli yksityisten yritysten palveluksessa.

Vuonna 2007 Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaiden koulutus vastasi tasoltaan edellisen vuoden vastaajien koulutusta. Nytkin kahdella kolmasosalla asiakkaista oli koulutustaustanaan ammattikoulu, lyhyt ammattikoulutus tai ammatillinen koulutus puuttui kokonaan. Vastaavasti kouluasteen tai sitä korkeamman tutkinnon suorittaneita oli kolmannes vastaajista. Hemon vastaajien koulutusaste oli edelleen korkeampi kuin muilla terveysasemilla ja päinvastainen Jalkaranta-Metsäkankaaseen ja Launeeseen verrattuna. Siten Hemossa kaksi kolmasosaa vastaajista oli suorittanut kouluasteen tai sitä korkeamman tutkinnon. Salpakankaalla koulutason tai sitä korkeampi koulutus oli puolella vastaajista. Edellisenä vuonna koulutason tai sitä korkeammin koulutettujen asiakkaiden määrä oli Salpakankaalla noin 10 % korkeampi.

Vuoden 2007 kyselyyn vastanneista yksinomaan julkisia terveyspalveluja edeltävän vuoden aikana oli käyttänyt Jalkaranta-Metsäkankaalla noin joka neljäs, Launeella noin joka kolmas ja Salpakankaalla lähes puolet asiakkaista. Siten Jalkaranta-Metsäkankaan asiakkaista edellisvuotta useampi oli käyttänyt julkisten lisäksi myös yksityisiä terveyspalveluita. Salpakankaalla taas yksinomaan julkisia palveluita käyttäneiden osuus oli kasvanut lähes viidenneksen. Launeella luku oli pysynyt ennallaan. Hemon asiakkaista noin joka viides oli käyttänyt ainoastaan yksityisiä terveyspalveluja. Määrä pieneni edellisestä vuodesta noin 10 %. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella edelleen noin kaksi kolmasosaa ja Salpakankaalla puolet vastaajista ilmoitti käyttäneensä yksityisiä terveyspalveluja 1-4 kertaa viimeisen vuoden aikana. Viisi kertaa tai enemmän julkisia terveyspalveluja käyttäviä oli Jalkaranta-Metsäkankaalla lähes puolet, Launeella noin kolmannes sekä Salpakankaalla keskimäärin 40 % vastaajista.

Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaista lähes 80 %, Salpakankaan asiakkaista lähes 70 % sekä Hemon asiakkaista puolet ilmoitti kärsivänsä jostakin pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta. Kaikilla terveysasemilla määrä oli hieman nousut vuoden 2006 kyselystä. Edellisen vuoden tapaan kuitenkin enemmistö eli noin neljä viidestä Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen sekä yhdeksän kymmenestä Salpakankaan vastaajasta koki terveydentilansa kohtalaiseksi tai hyväksi. Hemossa kaksi kolmasosaa vastaajista koki terveydentilansa hyväksi tai erinomaiseksi. Saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolle pääsyn tilanne oli säilynyt edellisestä vuodesta ennallaan. Jalkaranta-Metsäkankaalla 45 % vastaajista kävi saman lääkärin/sairaan- tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Launeella vastaava luku oli jälleen noin 30 %. Niin ikään yksityisen Hemon asiakkaista kolmannes kävi samalla lääkärillä/hoitajalla julkisella terveysasemalla. Paras tilanne oli edelleen Salpakankaalla, jossa lähes yhdeksän kymmenestä asiakkaasta pääsi edelleen saman lääkärin/hoitajan vastaanotolle.

### 5.1.3 Asiakkaiden taustamuuttajat vuonna 2008 ja muutokset edelliseen vuoteen

Vuonna 2008 vastausprosentti oli Jalkaranta-Metsäkankaalla 42 %, Launeella 26 %, Hemossa 20 % ja Salpakankaalla 45 %. Jalkaranta-Metsäkankaalla vastausprosentti nousi ja muilla terveysasemilla laski hieman edellisestä vuodesta. Avoimien vastausten määrä oli lähellä edellisen vuoden tasoa. Launeella lähes kaksi kolmasosaa, Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Salpakankaalla yli puolet sekä Hemossa vähän alle puolet asiakkaista vastaajista antoi mielipiteensä avoimeen kysymykseen. Launeella ja Hemossa avoimien vastausten määrä pysyi lähes samana, Jalkaranta-Metsäkankaalla määrä laski ja Salpakankaalla nousi hieman. Samojen vastaajien määrä pysyi edelleen alhaisena eli jälleen alle 1 % asiakkaisista oli vastannut kyselyyn edellisinä vuosina.

Vuonna 2008 enemmistö vastaajista oli edelleen naisia, vaikka miesvastaajien määrä lisääntyi hieman kaikilla terveysasemilla. Vastaajien iän keskiarvo oli kahden edellisen vuoden tapaan korkein Launeella. Myös suurin vastaajien ikäryhmä (65–74-vuotiaat) pysyi Launeella edelleen samana. Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajien iän keskiarvo oli jälleen lähellä Launeen tasoa ja niin ikään 65–74-vuotiaiden vastaajien ikäryhmä oli suurin. Hemossa vastaajien iän keskiarvo nousi hieman edellisestä vuodesta. Suurin vastaajien ikäryhmä oli 55–64-vuotiaat. Hollolassa Salpakankaalla vastaajien iän keskiarvo nousi jälleen edellisestä vuodesta. Suurin vastaajien ikäryhmä pysyi kolmantenakin vuotena Salpakankaalla samana eli 65–74-vuotiaita vastaajia oli eniten.

Edellisvuosien tapaan Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista lähes kaikki olivat kotoisin Lahdesta. Niin ikään Salpakankaan vastaajista lähes kaikki olivat hollolalaisia. Hemon vastaajista noin neljä viidesosaa oli Lahdesta tai Hollolasta ja loput ympäristökunnista. Eläkeläisten määrä oli kasvanut kaikkien terveysasemien vastaajissa. Launeen vastaajista ja Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista noin kolme neljästä, Hemon vastaajista alle viidesosa ja Salpakankaan vastaajista vähän yli puolet oli eläkkeellä. Hemossa suurimmat vastaajaryhmät muodostuivat aikaisempien vuosien tapaan toimihenkilöistä ja työntekijöistä. Työttömänä olleiden vastaajien määrä oli edellisvuosia pienempi kaikilla terveysasemilla. Työttömiä vastaajia oli edelleen eniten Launeella. Jalkaranta -Metsäkankaalla työttömien osuus pysyi edellisen vuoden tasolla. Hemossa ja Salpakankaalla työttömiä vastaajia oli aikaisempia vuosia vähemmän. Yksityiset yritykset olivat edelleen suurin työnantaja työssä käyneille asiakkaille.

Vuonna 2008 kyselyyn vastanneiden asiakkaiden koulutustaso oli Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen terveysasemilla edellisten vuosien kaltainen. Noin kahdella kolmasosalla asiakkaista oli koulutustaustanaan ammattikoulu, lyhyt ammattikoulutus tai ammatillinen koulutus puuttui kokonaan. Hemossa edelleen kaksi kolmasosaa vastaajista oli suorittanut kouluasteen tai sitä korkeamman tutkinnon. Salpakankaalla koulutason tai sitä korkeammin koulutettujen määrä laski jälleen edelliseen vuoteen verrattuna ja heitä oli nyt alle puolet vastaajista. Yksinomaan julkisia terveyspalveluja edeltävän vuoden aikana oli vuoden 2008

vastaajista käyttänyt Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella noin kolmannes ja Salpakankaalla alle puolet vastaajista. Jalkaranta-Metsäkankaalla ainoastaan julkisia palveluja käyttäneiden määrä oli kasvanut ja Launeella laskenut hieman. Salpakankaalla pelkästään julkisia palveluita käyttäneiden osuus oli pysynyt lähes ennallaan. Hemon asiakkaista neljännes oli käyttänyt ainoastaan yksityisiä terveyspalveluja. Näiden asiakkaiden määrä oli siten lisääntynyt hieman. Launeella noin kaksi kolmasosaa, Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Salpakankaalla vähän yli puolet vastaajista oli käyttänyt yksityisiä terveyspalveluja 1-4 kertaa viimeisen vuoden aikana. Viisi kertaa tai enemmän julkisia terveyspalveluja käyttäneitä oli Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla noin kolmasosa vastaajista.

Pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta kärsivien asiakkaiden määrä oli vuoden 2008 kyselyssä säilynyt lähes ennallaan edelliseen vuoteen verrattuna. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaista neljä viidestä, Salpakankaan asiakkaista kaksi kolmesta sekä Hemon asiakkaista puolet ilmoitti kuuluvansa kyseiseen ryhmään. Edellisen vuoden tapaan suurin osa eli noin 80 % Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Salpakankaan vastaajista koki terveydentilansa kohtalaiseksi tai hyväksi. Hemossa hyväksi tai erinomaiseksi terveydentilansa koki nyt vähän yli puolet vastaajista. Määrä oli laskenut edellisestä vuodesta noin 10 %. Saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolla oli käynyt Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista 39 % eli hieman edellisvuotta vähemmän. Launeella taas saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolla käyneiden määrä (38 %) oli kasvanut vähän edellisestä vuodesta. Yksityisen Hemon asiakkaista edelleen kolmannes kävi samalla lääkäriellä/hoitajalla julkisella terveysasemalla. Salpakankaalla tilanne oli muuttumaton. Jälleen yhdeksän kymmenestä asiakkaasta pääsi saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolle.

## **5.2 KUVAAUS ASIAKKAIDEN KOKEMASTA PALVELUJEN LAADUSTA VUOSINA 2006–2008**

Seuraavassa on vertailtu keskiarvoista muodostetuilla summamuuttujilla asiakkaiden kokemuksia palvelujen laadusta eri vuosina. Asiakkaat arvioivat käynnillään kyseisen terveysaseman toimitilojen sisustusta, käytännöllisyyttä, yksityisyyden suojaa ja turvallisuutta. Camillerin & O'Callaghanin (1998) mukaan yksityisen terveydenhuollon asiakkaiden odotukset palveluympäristöstä ovat suuremmat kuin asiakkailta julkisessa terveydenhuollossa. Yleisesti ottaen kaikkien neljän terveysaseman toimitilat saivat tässä tutkimuksessa hyvät arvosanat (ka. yli 3,5). Arvioinnit pysyivät myös terveysasemittain melko samantasoisina kaikkina kolmena vuonna. Tyytyväisimpiä toimitiloihin olivat julkisen Salpakankaan asiakkaat. Perinteinen julkinen Jalkaranta-Metsäkangas ja ulkoistettu Laune arvioitiin toimitiloiltaan samantasoisiksi. Yksityisen lääkäriasema Hemon toimitila-arvioinnit asettuivat Salpakankaan ja kahden muun terveysaseman väliin.

Avoimissa vastauksissa toimitiloista annettiin vain muutama palaute. Enin osa niistä koski asiakkaan yksityisyyden suojaa. Vuori (1995, 90) on todennut, että yksityisen terveydenhuollon asiakkaille hyvä intymiteettisuoja on niin tärkeä asia, että se värittää positiivisesti myös palvelun epäkohdat. Julkisen terveydenhuollon asiakkaat eivät sen sijaan välttämättä edes osaa vaatia intymiteettiä, mikä heikentää terveysasemien yksilöllistä palvelua ja asiakaspalveluhenkisyttä entisestään. Kyselyssä palautetta intymiteettisuojan riittämättömyydestä tuli sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta:

*"Sain nopeasti asianmukaisen palvelun, intymiteettisuoja parantamisen varaa." Asiakas/ Jalkaranta - Metsäkangas 2006*

*"Yksityisyys ei ole suojattu lainkaan Launeen terveysasemalle ilmoittauduttaessa "luukulla"."*  
*Asiakas/ Laune 2006*

*"Tkövää, että paikallisella terveysasemalla on odotustilan tuolit n. metrin päässä ilmoittautumislukusta. Siinä kuulee istuessaan toisten kaikki henkilötiedot ja sairaudet." Asiakas/ Laune 2007*

*"Yksityisyys täysin hukassa jonossa, käytävällä, kaikkien kuullen." Asiakas/ Hemo 2008*

Puhelinpalvelusta asiakkaat arvioivat puhelinyhteyden saamista terveysasemalle/ lääkärikeskukseen, puhelimesta palvelleen henkilökunnan käytöstä (arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus) sekä puhelimesta palvelleen henkilökunnan ammattitaitoa (ongelmien tunnistaminen, ohjeiden selkeys ja riittävyys). Puhelinpalvelun arvostukset olivat kaiken kaikkiaan hyvät. Arvioinneissa Jalkaranta -Metsäkangas ja Laune muodostivat oman ryhmänsä (ka. 3,1–3,4) ja Hemo ja Salpakangas oman ryhmänsä (ka. 3,7–4,1). Viimeksi mainituissa puhelinpalvelun arvostukset laskivat vuosittain. Hemossa puhelinpalvelu toimi hyvin, vaikkakin asiakkaat mainitsivat avoimissa vastauksissaan aikaisempaan verraten pidentyneistä ajoista puhelimeen vastaamisessa. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaille puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle tuotti hankaluuksia erityisen paljon. Puhelinpalvelun toimimattomuus nähtiin pysyvänä ongelmana ja lähes suurimmaksi esteeksi lääkärille pääsyssä. Avoimista vastauksista kävi ilmi, että toimimaton puhelinpalvelu vaikutti heikentävästi koko organisaation ja terveydenhuollon palveluketjun toimintaan, koska osa asiakkaista meni hoitamaan asiat paikan päälle ruuhkauttaen näin terveysasemaa entisestään. Osa asiakkaista taas lähti vaivoineen suoraan päivystykseen:

*"Puhelimella ei pääse läpi; mentävä paikan päälle! Paikan päällä tupa täynnä jonottajia INFOON! Lääkäripalvelut tukossa! Systemi täysin halvaantunut!!!" Asiakas/ Laune 2007*

*"Puhelimella ei yleensä pääse läpi. Lääkärille ei saa aikoja, on mentävä päivystykseen odottamaan useaksi tunniksi, jos aikoo saada avun silloin kun sitä tarvitsee." Asiakas/ Jalkaranta-Metsäkangas 2007*

*"Kunnallisen terv.aseman puhelinpalvelu/ ajanvaraus on aivan ala-arvoista/ tukossa. Jotenkin kiertoteitse esim. sairaanhoitajan kautta voi päästä lääkärin vastaanotolle!" Asiakas/ Jalkaranta - Metsäkangas 2007*

Ilmoittautumisessa asiakkaat arvioivat odotusajan pituutta terveysasemalle tuloista ilmoittautumishetkeen, toiminnan sujuvuutta, henkilökunnan käytöstä (arvostus, ystävällisyys, kohteliaisuus) sekä henkilökunnan antamien ohjeiden selkeyttä ja riittävyttä. Asetelma oli samansuuntainen kuin puhelinpalvelussa, Jalkaranta-Metsäkangas ja Laune olivat taas omana ryhmänään (ka. 3,5–3,7) ja Hemo sekä Salpakangas omana ryhmänään (ka. 4,1–4,4). Edellisten kahden taso pysyi kolmena vuonna melko vakiona, jälkimmäisten kohdalla arvosanat laskivat erityisesti viimeisenä vuonna. Prosessin organisoinnissa oli parantamisen varaa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Hemon asiakkaat antoivat kiitosta hyvästä palvelusta sekä henkilöstön ammattitaidosta ja palvelualltiudesta. Henkilöstön epäystävällinen käytös harmitti erityisesti Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen asiakkaita. Palveluasenteessa koettiin olevan paljon parantamisen varaa. Joissakin tapauksissa palvelussa tuli esiin sellaisia byrokrattisia piirteitä, joissa asiakas oli järjestelmää varten eikä päinvastoin:

*"Tiskipalvelu vähän koppavaa ystävällisyys ei maksa mitään. Yksityisyys puuttuu täysin, kaikki kuuluu mitä tiskillä sanot." Asiakas/ Jalkaranta-Metsäkangas 2006*

*"Lääkäriaikoja on lähes mahdoton saada n. 3 kk päähän, ja äkillisesti sairastuttua ei saa aikaa on mentävä päivöystykseen! Ennen sai ajan samalle lääkärille. Reseptejä hakiessa osan sain ja törkeästi käskettiin mennä uudelleen jonoon. Jonotin aika kauan kunnes pääsin uudelleen luukulle joku toinen vaivautui etsimään reseptini." Asiakas/ Laune 2007*

Lääkäripalvelujen arvioinnin tasot noudattivat samaa linjaa kuin ilmoittautumisen arvioinnit: Jalkaranta-Metsäkangas ja Laune (ka. 3,4–3,8), Salpakangas ja Hemo (ka. 4,0–4,4). Suurimmat vaikeudet olivat itse lääkäripalvelun saatavuudessa. Jalkaranta-Metsäkankaalla avoimiin kysymyksiin vastanneista asiakkaita noin kolmannes koki lääkäriin pääsyn hankalaksi. Kehityssuunta pysyi samana kaikkina kolmena vuonna. Ongelmia tuotti myös lääkärin suuri vaihtuvuus. Ulkoistetulla Launeella lääkäriin pääsy näytti helpottuvan jonkin verran kolmen vuoden tutkimusjakson loppua kohti. Tämä näkyi erityisesti vuoden 2008 avoimissa vastauksissa, kun enää vajaa viidennes asiakkaista valitti lääkäriin pääsyn hitautta. Aikaisempina vuosina luku oli Jalkaranta-Metsäkankaan tavoin noin 30 %. Lääkärivajeen helpottuminen Launeella näkyi toisaalta asiakkaille myös lääkärin vaihtuvuutena ja ulkomaalaisten lääkärin määrän lisääntymisenä. Lääkäri ja asiakas eivät aina löytäneet yhteistä kieltä. Tämä aiheutti muun muassa turhia uusintakäyntejä, koska asiakkaat pelkäsivät ymmärtäneensä väärin asioita ja varasivat sen vuoksi uuden lääkäriajan. Jotkut asiakkaista taas epäilivät lääkärin huonon kielitaidon vuoksi myös hänen ammattitaitoaan. Niin ikään ajatuksia herätti lääkärin erilainen kulttuuritausta ja sen kautta asenne potilaa-



seen. Osa asiakkaista toivoi oma lääkäri -järjestelmää takaisin, osa asiakkaista taas oli vakuuttunut nykyisten muutosten pysyvyydestä:

*"Lääkärit vaihtuvat liian usein. Omalääkäri paras vaihtoehto potilaan kannalta." Asiakas/ Jalkaranta-Metsäkangas 2006*

*"Oma lääkäri olisi hyvä asia eikä niin usein vaihtuisi ja että potilaan terveysasiat olisi selvät sairaalan ja terveyskeskuksen välillä ja että lääkäriillä olisi aikaa tutkia potilaansa terveydentilaa. On naurettavaa, että lääkäri 15 min. voisi tietää potilaasta mitään, kun esim. ei ole koskaan aikaisemmin edes potilasta nähnytkään? Tällöin potilas ei voi saada apua." Asiakas Jalkaranta-Metsäkangas 2007*

*"Syntyperäisten suomalaisten lääkärin katoaminen on tosiasia, mutta se ei tietysti asiaa kovasti muuta. Ammattitaito kai sama molemmilla. Ulkolainen naislääkäri on luotettava, ammattitaitoinen, kuunteleva. Eri kulttuurista tulleen mieslääkärin edessä oli sanat vähissä. Tuli tunne etten ollut samanarvoinen. Näitä miehiä tulisi kouluttaa olemaan lääkäreitä ilman omia kulttuuriasenteitaan." Asiakas/ Laune 2008*

Hoitajan vastaanottoa ja laboratorion toimintaa kommentoitiin avoimissa vastauksissa kaikkiaan melko vähän. Jalkaranta-Metsäkankaalla myös hoitajien vastaanotolle pääsyssä oli vaikeuksia. Koska hoitajan vastaanotolla hoidetaan yleensä pienempiä tai rutiininomaisempia vaivoja, asia ei kuitenkaan herättänyt niin suuria tunteita kuin vaikeudet lääkärin vastaanotolle pääsyssä.

Kaikilta kolmelta vuodelta kerätyissä vastauslomakkeissa vain kaksi Launeen asiakasta mainitsi, että terveysasema oli ulkoistettu ja näin ollen käytössä olivat itse asiassa yksityiset terveyspalvelut. Suurin osa asiakkaista piti Launeen terveysasemaa edelleen normaalina julkisena terveysasemana. Asiakkaat viittasivat termillä "yksityiset terveyspalvelut" yksityiseen lääkärikeskukseen, jonka palveluja pidettiin kalliina ja "viimeisenä vaihtoehtona", kun apua ei muuten löytynyt.

*"Terveyskeskus yksityistetty, mutta lääkäriin pääsy lähes mahdotonta. Kun itse olen vielä siinä kunnossa, että pystyn hoitamaan asiani, niin olen viimeiset 3 vuotta tavannut lääkärin ainoastaan puhelimen välityksellä. Minulle se on kyllä sopinut kun olen tiennyt miten toimia ja ei ole tullut muita uusia sairauksia." Asiakas/ Laune 2006*

*"Julkinen terveysasema on kuvattu tässä, ulkolaiset lääkärit työkeitä ja epäpäteviä (asteikolla lisäys: söin väärää lääkkeitä, kun lääkäri ei tutkinut tarpeeksi vaivoani. Yksityisasemalla selvitettiin tautini.) Yksityisellä olen saanut hyvää ja asiantuntevan palvelun joka kohteessa, hoitaja, lääkäri, labra, ilmoittautuminen, kaikki toiminnut erittäin hyvin. Maksut vaan liian korkeita." Asiakas/ Laune 2006*

*"Kävisin yksityisillä lääkäriasemilla mieluummin, mutta eläkkeeni ei riittäisi sitten enää lääkkeisiin eikä ainakaan ruokaan ja asumiseen. (Lomamatkat saa unohtaa). Julkisiin terveyspalveluihin täytyy tyytyä ja olla siitä kiitollinen. Täytyy oppia luottamaan heikosti suomea puhuvien lääkäreiden ohjeisiin." Asiakas/ Laune 2007*



### 5.3 TAUSTAMUUTTUJIEN YHTEYS ASIAKKAIDEN KOKEMAAN PALVELUJEN LAATUUN

Vuoden 2006 tuloksissa voimakkaimmin palvelun laadun arvioihin vaikuttavia taustamuuttujia asiakkailla olivat koulutus (beta -kerroin .224), kyselyhetken terveydentila (beta -kerroin .218) sekä julkisella sektorilla saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti (beta -kerroin .116). MCA:n regressioanalyytisestä näkökulmasta eniten näistä kolmesta kokemukseen palvelujen laadusta vaikutti koulutus. Korkeammin koulutetut asiakkaat arvioivat palvelun laadun paremmaksi kuin kouluttamattomat tai vähäisemmän koulutuksen saaneet asiakkaat. Yhteys oli lähes lineaarinen. Myös koettu terveydentila oli yhteydessä kokemukseen palvelun laadusta. Sellaiset vastaajat, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi, arvioivat palvelun laadun paremmaksi kuin terveydentilansa huonoksi kokeneet asiakkaat. Yhteys oli myös lineaarinen. Sen sijaan pitkäaikaisella sairaudella tai vammalla ei ollut yhteyttä siihen, millaisena palvelujen laatu koettiin. Kolmanneksi selvimmin kokemuksia palvelun laadusta selitti julkisella sektorilla saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti. Yksityisellä sektorilla vastaavaa yhteyttä ei löytynyt. Aineistossa sukupuolten väliset erot olivat pienet. Miehet arvioivat kuitenkin laadun hieman paremmaksi kuin naiset. Eri-ikäiset vastaajat erosivat toisistaan siten, että nuorimmat alle 25-vuotiaat vastaajat antoivat laadusta muita ikäryhmiä paremmat arvot. Muut ikäryhmät erosivat vain vähän toisistaan. Kaiken kaikkiaan muuttajat selittivät noin 14 % koetusta palvelun laadun vaihtelusta. (Taulukko 7).

Myönteisiin kokemuksiin palvelujen laadusta vaikuttivat siis eniten korkea koulutus, kyselyhetken hyvä terveydentila sekä julkisella sektorilla saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy. Hemon asiakkailla oli sekä korkea koulutus että hyvä terveydentila kyselyhetkellä. Hyvä koulutus ja julkisella terveysasemalla saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy olivat puolestaan ominaista Salpakankaan asiakkaille. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella asiakkaiden koulutustaso oli edellisiä yksiköitä alhaisempi. Lisäksi saman lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy onnistui huonommin. Kaikkein vaikeinta se oli Launeella.

Taulukko 7. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2006.

Muuttuja	N	Keskiarvo lähtötilanteessa	Poikkeama keskiarvosta	Eta	Keskiarvo vakioidussa tilanteessa	Poikkeama keskiarvosta vakioidussa tilanteessa	Beta
<b>Sukupuoli</b>							
Nainen	208	3,88	-,018		3,86	-,039	
Mies	59	3,97	,063		4,04	,138	
				,049			,106
<b>Ikäryhmä</b>							
alle 25 v	10	4,10	,197		4,00	,092	
25 - 34 v	26	3,88	-,018		3,76	-,142	
35 - 44 v	32	3,94	,035		3,84	-,058	
45 - 54 v	45	3,93	,031		3,92	,018	
55 - 64 v	70	3,90	-,003		3,91	,009	
65-v ja yli	84	3,86	-,045		3,94	,037	
				,072			,082
<b>Koulutus</b>							
Ei ammatill. koulutusta	32	3,63	-,278		3,69	-,210	
Lyhyt ammat- tikurssi	54	3,76	-,143		3,77	-,134	
Ammattikoulu	29	3,79	-,110		3,82	-,080	
Koulu- tai 2. asteen tutk.	49	4,06	,159		4,02	,116	
Opistotason- tai amk-tutk.	67	3,91	,008		3,90	-,001	
Korkeakoulu- tutkinto	36	4,22	,320		4,20	,295	
				,263			,224
<b>Tämänhetkinen terveydentila</b>							
Erittäin huono	3	3,67	-,236		3,80	-,101	
Huono	24	3,71	-,194		3,78	-,125	
Kohtalainen	124	3,79	-,112		3,80	-,105	
Hyvä	99	4,02	,118		3,99	,087	
Erittäin hyvä	17	4,35	,450		4,36	,454	
				,242			,218
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma</b>							
Ei	102	4,00	,097		3,93	,022	
Kyllä	165	3,84	-,060		3,89	-,014	
				,111			,025
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla</b>							
Kyllä	130	3,98	,082		3,98	,082	
Ei	137	3,82	-,078		3,82	-,078	
				,116			,116
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti yksityisessä lääkärikeskuksessa</b>							
Kyllä	164	3,95	,049		3,94	,035	
Ei	103	3,83	-,077		3,85	-,055	
				,089			,063
Selitysaste R <sup>2</sup>							,138
Yhteiskorrelaatio R							,371
Mittarin keskiarvo							3,90

Vuoden 2007 kyselyn tuloksissa edelleen kokemuksiin palvelun laadusta olivat yhteydessä terveydentila (beta -kerroin .308) ja käynti julkisella sektorilla samalla lääkäriillä/sairaanhoitajalla (beta -kerroin .209). Terveydentilan yhteys oli jälleen lähes lineaarinen. Sairauden pitkäaikaisuudella ei edelleenkään ollut yhteyttä laatukokemuksiin. Myös ikä nousi tässä aineistossa laatuarviointiin vaikuttavaksi tekijäksi (beta -kerroin .212). Nuorimmat vastaajat kokivat jälleen laadun muita ikäryhmiä paremmaksi. Arvioidun laadun keskiarvo laski tasaisesti vanhempia ikäryhmiä kohti mentäessä. Poikkeuksena kuitenkin vanhin ikäryhmä 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat arvioivat laadun hieman edellistä ikäryhmää paremmaksi. Tässä aineistossa naiset antoivat palvelulle miehiä paremmat arvot. Koulutuksen yhteys laadun arviointiin oli samansuuntainen kuin vuonna 2006. Kyseiset muuttajat selittivät 24 % asiakkaiden kokeman palvelun laadun vaihtelusta. (Taulukko 8.)

Kolme merkittävintä myönteisiin palvelukokemuksiin ja terveysasemien eroihin vaikuttavaa tekijää olivat näin ollen kyselyhetken hyvä terveydentila, ikäryhmä sekä julkisella sektorilla saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy. Nämä asiat toteutuivat jälleen parhaiten Hemon ja Salpakankaan asiakkailta. Hemon asiakkaat olivat iältään muiden terveysasemien asiakkaita nuorempia. Myös koettu terveydentila oli Hemon asiakkailta hieman muita parempi. Salpakankaalla taas asiakkaat pääsivät edelleen hyvin saman lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Salpakankaan asiakkaat olivat myös iältään keskimäärin nuorempia kuin Jalkaranta-Metsäkankaan tai Launeen asiakkaat.

Taulukko 8. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2007.

Muuttuja	N	Keskiarvo lähtötilanteessa	Poikkeama keskiarvosta	Eta	Keskiarvo vakioidussa tilanteessa	Poikkeama keskiarvosta vakioidussa tilanteessa	Beta
<b>Sukupuoli</b>							
Nainen	183	3,92	,035		3,88	-,004	
Mies	59	3,78	-,109		3,90	,011	
				,086			,009
<b>Ikäryhmä</b>							
alle 25 v	7	4,57	,683		4,46	,573	
25 - 34 v	16	4,31	,424		4,15	,261	
35 - 44 v	28	4,14	,254		4,00	,112	
45 - 54 v	34	4,06	,170		3,93	,040	
55 - 64 v	64	3,69	-,201		3,72	-,166	
65-v ja yli	93	3,76	-,125		3,87	-,022	
				,324			,212
<b>Koulutus</b>							
Ei ammatill. koulutusta	37	3,70	-,186		3,81	-,077	
Lyhyt ammat- tikurssi	56	3,77	-,121		3,87	-,017	
Ammattikoulu	27	3,74	-,148		3,78	-,109	
Koulu- tai 2. asteen tutk.	32	3,91	,018		3,89	,002	
Opistotason- tai amk-tutk.	69	4,07	,184		3,94	,055	
Korkeakoulu- tutkinto	21	4,10	,207		4,03	,137	
				,219			,097
<b>Tämänhetkinen terveydentila</b>							
Erittäin huono	2	3,00	-,888		3,26	-,632	
Huono	22	3,50	-,388		3,56	-,332	
Kohtalainen	130	3,74	-,150		3,77	-,118	
Hyvä	73	4,19	,303		4,14	,250	
Erittäin hyvä	15	4,40	,512		4,27	,377	
				,386			,308
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma</b>							
Ei	76	4,09	,204		3,89	,000	
Kyllä	166	3,80	-,093		3,89	,000	
				,193			,000
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla</b>							
Kyllä	122	3,99	,103		4,04	,148	
Ei	120	3,78	-,105		3,74	-,151	
				,146			,209
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti yksityisessä lääkärikeskuksessa</b>							
Kyllä	145	3,95	,063		3,95	,060	
Ei	97	3,79	-,095		3,80	-,090	
				,108			,103
Selitysaste R <sup>2</sup>							,242
Yhteiskorrelaatio R							,492
Mittarin keskiarvo							3,89

Viimeisessä vuoden 2008 aineistossa vahvimmin koettua palvelun laatua ennustavat tekijät olivat samat kuin edeltävänä vuonna: julkisella sektorilla saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolla käynti (beta -kerroin .272), ikäryhmä (beta -kerroin .241) sekä kyselyhetken terveydentila (beta -kerroin .187). Muutos ikäryhmien keskiarvoissa ei kuitenkaan ollut lineaarinen. Ikäryhmien väliset arvioinnit muuttuivat siten, että kahden edeltävän vuoden vastauksista poiketen nyt parhaimmaksi laadun arvioivat 45–54 -vuotiaat. Kyseisessä vuoden 2008 aineistossa miesten ja naisten arvioinnit eivät eronneet toisistaan. Koulutuksessa oli ryhmien välillä runsaasti vaihtelua. Ääripäiden kouluttamattomien ja korkeammin koulutettujen keskiarvot pysyivät kuitenkin edeltävien vuosien suuntaisina. Kaikkiaan mukana olleet muuttujat selittivät 22 % koetun palvelun laadun vaihtelusta. (Taulukko 9.)

Vuoden 2008 kyselyn vastauksissa koettu palvelujen hyvän laatu oli siten edellisen vuoden tapaan yhteydessä julkisella sektorilla saman lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyyn, ikäryhmään ja kyselyhetken hyvään terveydentilaan. Näistä kolmesta kaksi, 45–54 -vuotiaiden asiakkaiden määrä ja kyselyhetken hyvä terveydentila, toteutuivat jälleen parhaiten Hemon asiakkailla. Kuten kahtena edellisnäkin vuonna julkisella terveysasemalla saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolle pääsivät parhaiten Salpakankaan asiakkaat. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella asiakkaat olivat iäkkäämpiä ja saman lääkärin tai hoitajan vastaanotolle pääsi heistä vain noin kolmannes.

Taulukko 9. MCA taustamuuttujien yhteydestä kokemuksiin palvelun laadusta 2008.

Muuttuja	N	Keskiarvo lähtötilanteessa	Poikkeama keskiarvosta	Eta	Keskiarvo vakioidussa tilanteessa	Poikkeama keskiarvosta vakioidussa tilanteessa	Beta
<b>Sukupuoli</b>							
Nainen	147	3,73	,000		3,75	,015	
Mies	79	3,73	,000		3,71	-,028	
				,000			,030
<b>Ikäryhmä</b>							
alle 25 v	9	3,89	,154		3,90	,161	
25 - 34 v	13	3,62	-,119		3,59	-,141	
35 - 44 v	19	3,89	,160		3,80	,069	
45 - 54 v	30	4,10	,365		4,13	,392	
55 - 64 v	61	3,66	-,079		3,61	-,121	
65-v ja yli	94	3,64	-,096		3,68	-,056	
				,236			,241
<b>Koulutus</b>							
Ei ammatill. koulutusta	38	3,58	-,156		3,62	-,113	
Lyhyt ammat- tikurssi	51	3,80	,069		3,86	,125	
Ammattikoulu	40	3,58	-,160		3,62	-,116	
Koulu- tai 2. asteen tutk.	32	3,75	,015		3,73	-,002	
Opistotason- tai amk-tutk.	47	3,79	,053		3,69	-,049	
Korkeakoulu- tutkinto	18	4,06	,321		4,01	,275	
				,195			,173
<b>Tämänhetkinen terveydentila</b>							
Erittäin huono	2	4,50	,765		4,44	,705	
Huono	26	3,46	-,273		3,61	-,127	
Kohtalainen	113	3,66	-,071		3,68	-,057	
Hyvä	72	3,85	,113		3,78	,046	
Erittäin hyvä	13	4,15	,419		4,12	,384	
				,250			,187
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma</b>							
Ei	79	3,86	,126		3,77	,031	
Kyllä	147	3,67	-,068		3,72	-,016	
				,133			,032
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla</b>							
Kyllä	114	3,93	,195		3,92	,188	
Ei	112	3,54	-,199		3,54	-,192	
				,282			,272
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti yksityisessä lääkärikeskuksessa</b>							
Kyllä	127	3,70	-,034		3,68	-,050	
Ei	99	3,78	,043		3,80	,064	
				,055			,082
Selitysaste R <sup>2</sup>							,215
Yhteiskorrelaatio R							,464
Mittarin keskiarvo							3,73

## 5.4 ASIAKKAIDEN PREFERENSSIT JA KOKEMUKSET PALVELUJEN LAADUSTA

### 5.4.1 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2006

Asiakkaiden preferenssejä ja kokemuksia palvelujen laadusta tutkittiin erotte-  
luanalyysillä. Erottelufunktioita syntyy aina yksi vähemmän kuin muuttujan  
sisältämien ryhmien määrä. Siksi tässä tapauksessa erottelufunktioita saatiin  
kolme. Kanoniset korrelaatiot kertovat, miten yksittäiset muuttujat ovat yhte-  
ydessä syntyneeseen yhdistelmään eli erottelufunktioon. (Jokivuori & Hietala  
2007, 129.) Tässä tutkimuksessa erottelufunktio voidaan sektoripreferenssiteori-  
aan perustuen nimetä yksityismyönteisyydeksi niiden muuttujien perusteella,  
joilla on suurin korrelaatio kyseiseen erottelufunktioon. Muuttujat on standar-  
doitu siten, että jokaisen muuttujan keskiarvo on nolla ja keskihajonta yksi. Tästä  
seuraa, että kunkin erottelufunktion keskiarvo on myös nolla. Ensimmäisessä  
erottelufunktiossa eniten korreloivat selkeästi yksityismyönteiset väittämät,  
jotka liittyivät omistamiseen, kilpailuun, yksilön vastuuseen, tuloeroihin ja yk-  
sityistämiseen. Eniten korreloivat omistusasumiseen ja julkisten palvelujen ve-  
rovaroin tukemiseen liittyvät väittämät. Näistä jälkimmäinen sai negatiivisen  
korrelaation. Toisessa erottelufunktiossa korreloivat eniten työttömyysturvaan  
ja verotukseen liittyvät väittämät. (Taulukko 10.) Kaikki erottelufunktiot ja nii-  
hin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 10.

Ryhmien vertailu perustuu kunkin ryhmän poikkeamaan keskihajonta-  
mittoina yleiskeskisarvosta. Tässä tapauksessa yksityismyönteisimmät ryh-  
mät sijoittuivat erottelu-ulottuvuudella keskiarvon yläpuolelle. Ensimmäiselle  
erottelufunktiolle eniten keskiarvon yläpuolelle eli yksityismyönteisimmin si-  
joittuivat Lääkärikeskus Hemon asiakkaat (.480). Molempien Lahden terveys-  
asemien asiakkaat sijoittuivat keskiarvon alapuolelle. Sekä julkisen Jalkaranta-  
Metsäkankaan asiakkaat (-.133) että ulkoistetun Launeen asiakkaat (-.374) olivat  
siten Hemon asiakkaita vähemmän yksityismyönteisiä. Salpakankaan terveys-  
aseman asiakkaat (.136) sijoittuivat edellä mainittujen ryhmien väliin lievästi  
keskiarvon yläpuolelle. (Taulukko 11.) Toiselle erottelufunktiolle keskiarvon ylä-  
puolelle sijoittuivat Salpakankaan (.276) sekä Launeen asiakkaat (.101). Hemon  
asiakkaat sijoittuivat aivan keskiarvon tuntumaan ja Jalkaranta-Metsäkankaan  
asiakkaat eniten keskiarvon alapuolelle (-.275). Wilksin lambdan avulla voidaan  
testata eroavatko ryhmien keskiarvot toisistaan merkittävästi. Sekä ensimmäisen  
erottelufunktion (Wilksin lambda = .861,  $X = 54,563$  ja  $p = .000$ ) että toisen erot-  
telufunktion (Wilksin lambda = .948,  $X = 19,665$  ja  $p = .003$ ) muuttujien suhteen  
terveysasemat erosivat toisistaan tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Kolmas  
erottelufunktio (Wilksin lambda = .988,  $X = 4,491$  ja  $p = .106$ ) ei erotellut ryh-  
miä yhtä hyvin kuin edelliset. (Taulukko 12.) Ominaisarvo puolestaan kertoo,  
kuinka hyvin erottelufunktio erottelee ryhmiä. Erottelufunktio on sitä parempi  
mitä suurempi on ominaisarvo. Prosenttiosuus varianssista ilmaisee funktioi-  
den suhteellisen erottelukyvyyn. (Taulukko 13.)

Ensimmäisessä erottelufunktiossa suurimmat kanoniset korrelaatiot olivat muuttujilla *"Omistusasuminen on minulle tärkeä asia"* (.617) sekä *"Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän"* (-,589). Toisessa erottelufunktiossa suurin painoarvo oli muuttujilla *"Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa"* (.820) ja *"Korkea verotuksemme on hyvä asia"* (.153). Kolmannessa funktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *"Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle"* (.748). Muuttujan *"Omistusasuminen on minulle tärkeä asia"* (.625) ristiintaulukoinnissa havaittiin, että enemmistö kaikkien neljän terveysaseman vastaajista oli omistusasumisen tärkeydestä jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Tärkeimpänä omistusasumista itselleen pitivät yksityisen Hemon vastaajat (86 %). Eniten taas omistusasumisen vastaisia näkemyksiä oli Launeella, jossa 24 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä omistusasumisen tärkeydestä. Vastaava luku oli Hemossa ja Salpakankaalla 7 %. Muuttuja *"Julkisia palveluja tukisivat enemmän verovaroin"* sai eniten kannatusta ulkoistetulla Launeella (87 %) ja julkisella Jalkaranta – Metsäkankaalla (83 %). Vastaavasti väittämä *"Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle"* sai eniten kannatusta yksityisessä Hemossa (47 %). Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella yhteiskunnallisen kilpailun lisäämistä kannatti noin kolmannes ja Salpakankaalla vain noin viidennes vastaajista.

Ansiosidonnaisen työttömyysturvan säilyttäminen nähtiin tärkeänä kaikilla terveysasemilla. Launen, Hemon ja Salpakankaan vastaajista yli 80 % oli väittämästä samaa mieltä. Jalkaranta-Metsäkankaalla näkemykseen yhtyi 71 % vastaajista. *"Korkea verotuksemme on hyvä asia"* on merkitykseltään moniulotteinen. Julkismyönteisestä näkökulmasta katsottuna korkeaan verotukseen liittyy mahdollisuus tuottaa enemmän julkisia palveluja ja sen kautta edesauttaa hyvinvointiyhteiskunnan olemassaoloa. Yksityisestä näkökulmasta katsottuna taas korkea verotus vähentää yksilön käytettävissä olevia tuloja ja alentaa elintasoja. Korkea verotus, sen avulla tuotetut julkiset palvelut sekä niihin liittyvä huono-osaisista huolehtiminen voidaan nähdä myös tärkeänä osana kehittynyttä yhteiskuntaa ja sen arvoja. Ristiintaulukoinnissa havaittiin, että Hemossa korkean verotuksen kannattajia ja vastustajia oli yhtä paljon. Muilla terveysasemilla enemmistö vastaajista oli korkeaa verotusta vastaan.



Taulukko 10. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2006.

	Funktio		
	1	2	3
Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,617*	,051	-,214
Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	-,589*	-,189	,410
Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	-,094	,820*	,554
Korkea verotuksemme on hyvä asia.	-,077	,153*	,137
Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	,530	-,374	,748*

Taulukko 11. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelullottuvuudelle vuonna 2006

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,133	-,275	-,094
Laune	-,374	,101	,109
Hemo	,480	-,075	,111
Salpakangas	,136	,276	-,129

Taulukko 12. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,861	54,563	12	,000
2 -> 3	,948	19,665	6	,003
3	,988	4,491	2	,106

Taulukko 13. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,100	64,7	64,7	,302
2	,042	27,4	92,0	,202
3	,012	8,0	100,0	,111

Vuonna 2006 ensimmäiseen asiakkaiden kokemuksia palvelujen laadusta erottelevaan funktioon sisältyivät puhelinpalvelun toimivuus, ilmoittautumisen eri vaiheet sekä lääkärin käytös vastaanotolla. Suurimmat kanoniset korrelaatiot olivat muuttujilla *"Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen"* (.894) sekä *"Puhelimessa Teitä palvelle henkilökunnan käytös"* (.581). Toisessa erottelufunktiossa suurimmat kanoniset korrelaatiot saivat terveysasemien tiloihin liittyvät muuttujat: *"sisustus"* (.837), *"turvallisuus"* (.455) ja *"yksityisyyden suoja"* (.421). Sekä ensimmäisen (Wilksin lambda = .665, X = 149,093 ja p = .000) että toisen erottelufunktion (Wilksin lambda = .931, X = 26,126 ja p = .000) muuttujien suhteen terveysasemat erosivat toisistaan jälleen tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Kolmannen erottelufunktion erottelukyky ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Wilksin lambda = 1.000, X = 0,033 ja p = .855). (Taulukot 14 - 16.) Kaikki erottelufunktiot ja niihin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 11.

Ryhmiä erotteleva erottelufunktio nimettiin *"hyväksi koettu palvelun laatu"*. Hyväksi palvelun laadun kokeneet terveysasemien asiakkaat sijoituivat keskiarvon yläpuolelle ja heikommaksi palvelun laadun kokeneet keskiarvon alapuolelle. Keskiarvon yläpuolelle sijoituivat ja siten hyväksi terveysasemansa palvelun laadun kokivat Hemon (.745) ja Salpakankaan (.578) asiakkaat. Keskiarvon alapuolelle jäivät sekä Jalkaranta-Metsäkankaan (-.313) että Launeen (-.780) asiakkaat. Näistä kahdesta alimpana alle keskiarvon oli Launeen terveysasema. (Taulukko 17.) Ristiintaulukoinnilla saatiin tarkemmin esiin terveysasemien puhelinpalvelun väliset erot: Hemossa 68 %, Salpakankaalla 64 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 23 % ja Launeella vain 18 % piti puhelinyhteyden saamista terveysasemalle hyvänä tai erinomaisena. Toimintaympäristön osalta taasen ryhmiä erotteli sisustus. Oman terveysasemansa sisustuksen hyväksi tai erinomaiseksi arvioi Salpakankaalla 82 %, Hemossa 63 %, Launeella 47 % ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 35 % asiakkaista.

Taulukko 14. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2006

	Funktio		
	1	2	3
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen	,894*	,031	-,447
Puhelimessa Teitä palvelleeseen henkilökunnan käytös	,581*	,073	-,138
Tilojen sisustus	,388	,837*	,387
Tilojen turvallisuus	,346	,455*	,235
Tilojen yksityisyyden suoja	,357	,421*	,169

Taulukko 15. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,665	149,093	9	,000
2 -> 3	,931	26,126	4	,000
3	1,000	,033	1	,855

Taulukko 16. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,400	84,4	84,4	,534
2	,074	15,6	100,0	,262
3	,000	,0	100,0	,010

Taulukko 17. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erotelu-ulottuvuudelle vuonna 2006

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,313	-,317	,010
Laune	-,780	,184	-,008
Hemo	,745	-,200	-,012
Salpakangas	,578	,347	,009

#### 5.4.2 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2007

Ensimmäisessä erottelufunktiossa korreloivat jälleen eniten yksityismyönteiset väittämät, jotka liittyivät verotukseen, yksityistämiseen, yksilön vastuuseen itsestään, tuloeroihin ja työttömyyteen. Toisessa erottelufunktiossa suurimmat korrelaatiot olivat väittämällä, jotka käsittelivät tiedotusvälineiden suhtautumista julkisiin palveluihin, valtion omistajuutta yrityksissä, kunnan vuokra-asuntoja, kansalaispalkkaa, kuntarajat ylittävää terveydenhuoltoa sekä julkisten palvelujen tukemista verovaroin. Sekä ensimmäisen (Wilksin lambda = .737, X = 103,951 ja p = .000) että toisen (Wilksin lambda = .837, X = 60,674 ja p = .006) funktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Taulukot 18-20.) Kaikki erottelufunktiot ja niihin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 12. Ensimmäiselle erottelufunktiolle eniten keskiarvon yläpuolelle eli yksityismyönteisimmin sijoittuivat jälleen Lääkärikeskus Hemon asiakkaat (.709). Launeen (.024) ja Salpakankaan (.019) asiakkaat sijoittuivat lähelle keskiarvoa. Keskiarvon alapuolella eli ei-yksityismyönteisin oli Jalkaranta-Metsäkankaan asiakaskunta (-.435). Jalkaranta-Metsäkankaan asiakaskunta (-.435). (Taulukko 21.)

Taulukko 18. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2007.

	Funktio		
	1	2	3
Korkea verotuksemme on hyvä asia.	,468*	,209	-,260
Julkisia terveystalvaeluja tulisi yksityistää asteittain.	,414*	,176	,047
Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	,048	,593*	,226
Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,241	,507*	-,041
Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	-,043	-,002	,521*
Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,005	-,074	,489*

Taulukko 19. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,737	103,951	57	,000
2 -> 3	,837	60,674	36	,006
3	,939	21,474	17	,206

Taulukko 20. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,136	42,0	42,0	,345
2	,122	37,8	79,8	,330
3	,065	20,2	100,0	,247

Ensimmäisen erottelufunktion suurin painoarvo oli muuttujilla "Korkea verotuksemme on hyvä asia" (.468) sekä "Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain" (.414). Toisessa erottelufunktiossa suurimmat kanoniset korrelaatiot olivat muuttujilla "Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea" (.593) ja "Valtion omistuosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata" (.507). Kolmannessa erottelufunktiossa taas suurimmat painoarvot olivat muuttujilla "Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle" (.521) sekä "Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi" (.489). Ristiintaulukoinnilla tarkasteltuna eniten korkeaa verotusta kannattivat yksityisen Hemon asiakkaat, joista puolet oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Muiden terveysasemien asiakkaista korkean verotuksen puoltajia oli vain kolmannes. Sen sijaan yli puolet Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Salpakankaan vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä korkean verotuksen myönteisestä merkityksestä. Korkeaan verotukseen liittyvät preferenssit olivat säilyneet samansuuntaisina edellisvuoteen verrattuna. Julkisten terveyspalvelujen asteittaista yksityistämistä vastusti enemmistö kaikkien terveysasemien vastaajista. Eniten vastustajia oli Jalkaranta-Metsäkankaalla (73 %). Yksityistämisen puolustajia oli eniten Hemossa (20 %).

Taulukko 21. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelullottuvuudelle vuonna 2007

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,435	,022	,264
Laune	,024	,520	-,248
Hemo	,709	,021	,316
Salpakangas	,019	-,420	-,210

Sektoripreferenssiteorian mukaan tiedotusvälineet vahvistavat opittua kielteistä kuvaa julkisista palveluista. Näin ollen väitettä *"Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea"* voidaan pitää yksityismyönteisenä. Erotteluulottuvuudella vertailtavista ryhmistä Laune oli ylimpänä keskiarvon yläpuolella. Niin ikään Jalkaranta-Metsäkangas ja Hemo olivat lievästi keskiarvon yläpuolella. Eniten eri mieltä väittämästä olivat Salpakankaan asiakkaat (38 %) jotka, kuten aikaisemmin on tullut esiin, olivat tyytyväisiä oman julkisen terveysasemansa palveluihin. Toisaalta Salpakankaalla samaa mieltä väittämästä oli kuitenkin lähes kolmannes vastaajista. Sen sijaan enemmistö eli yli puolet Launeen ja Hemon sekä lähes puolet Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista oli samaa mieltä tiedotusvälineiden luomasta kielteisestä kuvasta julkisista palveluista.

Keskimmäisenä kyselyn toteuttamisvuonna 2007 asiakkaiden kokeman palvelun laadun ensimmäisessä erottelufunktiossa isoimmat erot terveysasemien välillä olivat jälleen puhelinpalvelussa ja ilmoittautumisessa. Suurimmat painoarvot saivat muuttujat *"Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen"* (.810) ja *"Odotusajan pituus tulosta ilmoittautumiseen"* (.721). Ensimmäisen erottelufunktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin lambda = .720, X = 114,300 ja p = .000) (Taulukot 22-24). Kaikki erottelufunktiot ja niihin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 13. Toisen ja kolmannen erottelufunktion erottelukyky ei sen sijaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Kolmannen erottelufunktion muuttujien suurimmat kanoniset korrelaatiot liittyivät lääkärin vastaanottoon. Hyväksi palvelun laadun kokeneet terveysasemien asiakkaat sijoittuvat taas keskiarvon yläpuolelle ja heikommaksi palvelun laadun kokeneet keskiarvon alapuolelle. Hyväksi terveysaseman palvelun laadun kokivat edellisen vuoden tapaan Hemon ja Salpakankaan asiakkaat, kun taas Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella asiakkaat kokivat palvelun laadun edellisiä heikommaksi. (Taulukko 25).

Ristiintaulukoinnissa muuttujan *"Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen"* osalta tulokset olivat edellisen vuoden kaltaiset. Hemossa 59 % ja Salpakankaalla 58 % vastaajista sai yhteyden terveysasemalle hyvin tai erinomaisesti. Luvut olivat hieman edellistä vuotta alhaisemmat. Jalkaranta-Metsäkankaalla 18 % ja Launeella vain 17 % koki puhelinyhteyden saamisen hyväksi tai erinomaiseksi. Näin ollen myös Jalkaranta-Metsäkankaalla puhelinyhteyden saaminen koettiin vähän edellisvuotta huonommaksi. Launeella tilanne oli pysynyt ennallaan eli suurin osa asiakkaista koki edelleen puhelinyhteyden saamisen terveysasemalle erittäin hankalana. Odotusajan pituus tulosta ilmoittautumiseen koettiin puhelinpalvelua myönteisemmin. Hemossa 88 %, Salpakankaalla 78 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 46 % ja Launeella 43 % asiakkaista piti aikaa terveysasemalle saapumisesta ilmoittautumiseen hyvänä tai erinomaisena.

Kolmannessa erottelufunktiossa suurimman painoarvon sai muuttuja *"Lääkärin ammattitaito vastaanotolla"*. Angelopouloun ym. (1998) mukaan asiakkaat harvoin pystyvät arvioimaan saamansa lääketieteellistä tasoa ts. lääkärin ammattitaitoa, vaan huomio kiinnittyy helpommin ymmärrettäviin

asioihin kuten hoitoprosessin sujuvuuteen. Hoitoprosessin sujuvuus nousi keskeiseksi asiaksi Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella asiakkaiden avoimissa vastauksissa: lääkärin ja usein myös hoitajien vastaanotolle pääsyssä oli suuria ongelmia, lääkärit vaihtuivat usein, lääkäriaikaa pidettiin liian lyhyenä, sairauksien hoidossa ei ollut jatkuvuutta jne. Toisaalta suoraan lääkärin ammattitaitoon viittasivat kommentit, joiden mukaan sairautta ei pystytty diagnosoimaan, diagnoosin tekeminen pitkittyi tai jatkohoitoon pääsy viivästyi. Lääkärien ammattitaidossa todettiin myös olevan suuria eroja. Ristiintaulukoinnissa havaittiin kuitenkin, että edellä mainitusta palautteesta huolimatta Launeella 56 % ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 54 % vastaajista piti lääkärin ammattitaitoa hyvänä tai erinomaisena. Hemossa vastaava luku oli 93 % ja Salpakankaalla 84 %.

Taulukko 22. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2007

	Funktio		
	1	2	3
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen	,810*	-,586	,000
Odotusajan pituus tulostanne siihen, kun Teitä palveltiin ilmoittautumisessa	,721*	,380	-,579
Puhelimessa Teitä palvelleen henkilökunnan käytös	,646*	-,151	,044
Ilmoittautumisen sujuvuus	,606*	,191	-,318

Tauluko 23. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,720	114,300	9	,000
2 -> 3	,983	6,145	4	,189
3	1,000	,018	1	,894

Taulukko 24. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,364	95,3	95,3	,517
2	,018	4,6	100,0	,132
3	,000	,0	100,0	,007



Taulukko 25. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erottelu-ulottuvuudelle vuonna 2007

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta- Metsäkangas	-,599	-,035	,008
Laune	-,532	,069	-,010
Hemo	,734	,246	,004
Salpakangas	,573	-,143	-,002

### 5.4.3 Asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta vuonna 2008

Edellisvuosien tapaan ensimmäisessä erottelufunktiossa korreloivat jälleen eniten yksityismyönteiset väittämät, jotka nyt liittyivät tiedotusvälineiden kuvaan julkisista palveluista, yksilön vastuuseen itsestään, ansiosidonnaisen työttömyysturvaan, tuloeroihin ja työttömyyteen. (Taulukko 26). Ensimmäisen erottelufunktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin  $\lambda = .771$ ,  $X = 81,171$  ja  $p = .019$ ) (Taulukot 27–28). Muiden funktioiden erottelukyky sen sijaan ei. Kaikki erottelufunktiot ja niihin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 14. Ensimmäisessä erottelufunktiossa suurimman kanonisen korrelaation saivat muuttujat *”Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea”* (-.402) sekä *”Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään”* (.385). Toisessa erottelufunktiossa suurimmat painoarvot oli muuttujilla *”Omistusasuminen on minulle tärkeä asia”* (-.426) sekä *”Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön”* (-.353). Kolmannessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *”Julkisia terveystalouksia tulisi yksityistää asteittain”* (.412).

Muuttujan *”Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea”* korrelaatio oli negatiivinen. Siten keskiarvon yläpuolella olevat ryhmät pitivät tiedotusvälineiden luomaa ja ylläpitämää kuvaa julkisista palveluista vääränä. Salpakankaan asiakkaat sijoittuvat ryhmävertailussa eniten keskiarvon yläpuolelle (.522). Suurin osa Salpakankaan vastaajista käytti vain julkisia terveystalouksia ja ne toimivat asiakkaiden mielestä Hollolassa hyvin. Myös Hemo sijoitui lievästi keskiarvon yläpuolelle (.161). (Taulukko 29.) Ristiintaulukoinnissa yli puolet Jalkaranta-Metsäkankaan sekä lähes puolet Launeen ja Hemon vastaajista piti tiedotusvälineiden luomaa kuvaa julkisista palveluista oikeana. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista kaksi kolmasosaa oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana sekä julkisia että yksityisiä terveystalouksia. Tämä antoi asiakkaille hyvän lähtökohdan palvelujen vertailulle. Hemossa puolella kaikista vastaajista oli selkeä mielipide julkisten palvelujen laadusta, vaikka neljännes kaikista vastaajista oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana ainoastaan yksityisiä terveystalouksia.

Ristiintaulukoinnissa havaittiin, että edelleen enemmistö kaikkien neljän terveysaseman vastaajista oli omistusasumisen tärkeydestä jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Nyt omistusasumista itselleen tärkeimpänä pitivät Salpakankaan vastaajat (84 %). Suurin osa hollolaisista asuu omistusasunnoissa, joten tulos voi ilmentää paitsi omistamisen ideologiaa myös vastaajien tyytyväisyyttä omaan asumismuotoonsa. Eniten omistusasumisen vastaisia näkemyksiä oli Jalkaranta-Metsäkankaalla, jossa 21 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä omistusasumisen tärkeydestä itselleen. Vastaava luku oli pienin Salpakankaalla (8 %). Terveysasemien vastaajista kolme neljäsosaa tai enemmän oli samaa mieltä siitä, yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään. Niin ikään noin kolme neljäsosaa Launeen, Hemon ja Salpakankaan vastaajista vastusti julkisten terveyspalvelujen asteittaista yksityistämistä. Jalkaranta-Metsäkankaalla kyseiseen näkemykseen yhtyi noin kaksi kolmasosaa vastaajista.

Taulukko 26. Asiakkaita erottelevia preferenssejä vuonna 2008

	Funktio		
	1	2	3
Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	-,402*	,178	-,151
Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	,385*	,004	,033
Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,371	-,426*	,071
Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	-,233	-,353*	,154
Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain.	,090	,310	,412*

Taulukko 27. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,771	81,171	57	,019
2 -> 3	,900	32,930	36	,615
3	,965	11,217	17	,845

Taulukko 28. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,167	60,6	60,6	,378
2	,072	26,1	86,7	,259
3	,037	13,3	100,0	,188

Taulukko 29. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden preferenssien erottelullottuvuudelle vuonna 2008

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,328	,282	,109
Laune	-,437	-,447	-,032
Hemo	,161	,152	-,426
Salpakangas	,522	-,077	,114

Viimeisen vuoden 2008 asiakkaiden palvelukokemusten ensimmäisen erottelufunktion suurimmat kanoniset korrelaatiot olivat muuttujalla "Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen" (.767) sekä muuttujilla, jotka liittyivät lääkärin vastaanottoon: "ammattitaito" (.691), "jatkohoito-ohjeet" (.679), "tyytyväisyys hoitoon" (.678), "tiedon saanti" (.657), "vuorovaikutus"(.616) ja "käytös" (.613). Vertailu asiakkaiden hyväksi tai erinomaiseksi koetusta palvelun laadusta lääkärin vastaanotolla on esitetty taulukossa 30. Toisen erottelufunktion suurimman painoarvon sai muuttuja "Ilmoittautumisen sujuvuus" (.749). Ensimmäisen (Wilksin lambda = .806, X = 69,014 ja p =.000) ja toisen (Wilksin lambda = .965, X = 11,520 ja p =.021) funktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. (Taulukot 31-33). Kaikki erottelufunktiot ja niihin kuuluvat muuttujat on esitetty liitetaulukossa 15.

Ryhmävertailussa parhaimmaksi kyseiset palvelut koettiin Salpakankaalla (.535) ja Hemossa (.274). Nämä ryhmät sijoituivat keskiarvon yläpuolelle. (Taulukko 34.) Launeen vastaajista 55 % ja Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista 43 % piti puhelinyhteyden saamista terveysasemalle huonona tai erittäin huonona. Salpakankaalla vastaava luku oli 12 % ja Hemossa 24 %.<sup>40</sup> Hyväksi tai erinomaiseksi puhelinyhteyden saamisen koki Launeella ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 18 %, Hemossa 38 % ja Salpakankaalla 47 % vastaajista.

<sup>40</sup> Puhelinyhteyden nopea saaminen terveysasemalle on kirjattu vuoden 2004 kansanterveyslakiin ja se kuuluu hoitotakuun piiriin.

Hemossa ja Salpakankaalla puhelinyhteyden saaminen oli heikentynyt edellisvuodesta. Launeella ja Jalkaranta-Metsäkankaalla se oli pysynyt ennallaan. Ilmoittautumisprosessi koettiin terveysasemilla kaiken kaikkiaan sujuvaksi. Hemossa 90 % ja Salpakankaalla yli 80 % asiakkaista piti ilmoittautumisen sujumista erinomaisena tai hyvänä. Myös Launeella ja Jalkaranta-Metsäkankaalla enemmistö eli yli puolet asiakkaista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä ilmoittautumisen sujuvuuteen omalla terveysasemallaan. Eniten kuitenkin heikkouksia ilmoittautumisessa koettiin ulkoistetulla Launeella, jossa noin joka kymmenes asiakas piti ilmoittautumista huonona tai erittäin huonona.

*Taulukko 30. Asiakkaiden kokemukset hyvästä tai erinomaisesta palvelun laadusta lääkärin vastaanotolla 2008*

Lääkärin vastaanotto Hyvä/erinomainen	Jalkaranta-Metsäkangas		Laune		Hemo		Salpakangas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ammatti-taito	52	50	36	55	39	78	88	84
Jatkohoito-ohjeet	64	61	37	57	38	76	89	85
Tyytyväisyys hoitoon	65	62	34	52	40	80	95	91
Tiedon saanti	60	57	29	45	37	74	91	87
Vuorovaikutus	57	54	33	51	35	70	88	84
Käytös	80	76	43	66	44	88	94	90

*Taulukko 31. Asiakkaita erottelevia palvelun laadun ulottuvuuksia vuonna 2008*

	Funktio		
	1	2	3
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/lääkärikeskukseen	,767*	-,201	-,609
Ammattitaito lääkärin vastaanotolla	,691*	-,018	,396
Jatkohoito-ohjeet lääkärin vastaanotolla	,679*	-,024	,400
Tyytyväisyys hoitoon lääkärin vastaanotolla	,678*	-,322	,661
Tiedon saanti lääkärin vastaanotolla	,657*	-,082	,422
Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla	,616*	-,219	,548
Käytös: arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus lääkärin vastaanotolla	,613*	-,035	,428
Ilmoittautumisen sujuvuus	,659	,749*	,070

Taulukko 32. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,806	69,014	9	,000
2 -> 3	,965	11,520	4	,021
3	,998	,535	1	,465

Taulukko 33. Asiakkaiden palvelukokemusten funktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	,196	84,3	84,3	,405
2	,035	15,0	99,3	,184
3	,002	,7	100,0	,041

Taulukko 34. Terveysasemien sijoittuminen asiakkaiden palvelukokemusten erotelu-ulottuvuudelle vuonna 2008

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,365	-,088	-,044
Laune	-,485	,045	,067
Hemo	,274	,409	-,021
Salpakangas	,535	-,134	,013

## 5.5 KYSELYYN VASTANNEEN HENKILÖSTÖN TAUSTA-MUUTTUJAT

Kaikki terveysasemat mukaan lukien henkilökunnan vastausprosentti oli korkeimmillaan ensimmäisessä kyselyssä vuonna 2006 ja alhaisin viimeisessä kyselyssä vuonna 2008. Vastaajien kokonaismäärä vaihteli eri terveysasemilla vuosittain. Ainoastaan lääkärikeskus Hemon vastaajien määrä pysyi kaikkina kolmena vuotena lähes samana. (Taulukko 35.) Tutkimukseen osallistui terveysasemilta eri määrä eri ammateissa toimivia henkilöitä (Taulukko 36). Kyseessä oli tapaustutkimus, joka haluttiin kohdistaa tietyllä ajanjaksolla tietyissä organisaatio-

tioissa työskentelevien ammattilaisten sitoutumiseen ja preferensseihin. Lisäksi tutkimuksessa analysoitiin ammattiryhmien välisten erojen selitysosuus muut-  
tujen kokonaisvaihtelusta. Vuonna 2007 Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella  
ja Salpakankaalla noin puolet sekä Hemossa noin kaksi kolmasosaa kyselyyn  
vastanneesta henkilöstöstä oli vastannut kyselyyn myös edellisenä vuonna.  
Edelleen vuonna 2008 Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla  
noin puolet vastanneesta henkilöstöstä oli vastannut kyselyyn edellisenä vuon-  
na tai vuosina. Salpakankaalla sen sijaan vain yksi vastaaja muisti vastanneensa  
kyselyyn myös aikaisemmin.

*Taulukko 35. Henkilöstön vastausprosentit terveysasemittain 2006–2008*

Vuosi	Jalkaranta- Metsäkangas		Laune		Hemo		Salpakangas		Yhteensä
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
<b>2006</b>	13	68	20	87	22	55	20	50	61
<b>2007</b>	14	74	14	61	24	60	14	35	54
<b>2008</b>	9	47	11	48	23	58	21	53	52

*Taulukko 36. Kyselyyn vastannut henkilöstö ammattiryhmittäin 2006–2008*

Vastaajan ammatti	Jalkaranta- Metsäkangas		Laune		Hemo		Salpakangas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2006</b>								
Lääkäri	2	15	7	35	10	45	5	25
Sairaanhoidaja	10	77	7	35	5	23	9	45
Terveystenhoitaja	0	0	3	15	5	23	4	20
Perus- / lähihoitaja	1	8	3	15	2	9	2	10
Yhteensä	13	100	20	100	22	100	20	100
<b>2007</b>								
Lääkäri	6	43	2	14	10	42	4	29
Sairaanhoidaja	6	43	8	57	2	8	7	50
Terveystenhoitaja	1	7	1	7	6	25	1	7
Perus- / lähihoitaja	1	7	3	22	6	25	2	14
Yhteensä	14	100	14	100	24	100	14	100
<b>2008</b>								
Lääkäri	2	22	4	37	6	26	12	57
Sairaanhoidaja	5	56	3	27	3	13	6	29
Terveystenhoitaja	1	11	2	18	5	22	0	0
Perus- / lähihoitaja	1	11	2	18	9	39	3	14
Yhteensä	9	100	11	100	23	100	21	100

### 5.5.1 Henkilöstön taustamuuttajat vuonna 2006

Lähes kaikki Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstövastaajista olivat kotoisin Lahdesta. Joukossa oli yksi hollolalainen. Myös Hemon vastaajien enemmistö eli lähes kolme neljäsosaa oli kotoisin Lahdesta ja loput Hollolasta. Salpakankaalla taas noin kaksi kolmasosaa vastaajista oli hollolalaisia ja neljäsosa Lahdesta. Lisäksi yksi vastaaja oli kotoisin Orimattilasta. Ulkoistetulla Launeella henkilöstön kotipaikka vaihteli enemmän ja työmatkat olivat pidempiä. Siellä vastaajista lähes kolme neljäsosaa oli lahtelaisia ja loput yksittäisesti muilta paikkakunnilta, Hollolasta, Heinolasta, Mikkelistä, Iitistä ja Helsingistä. Pisimpiä työmatkoja, Mikkelistä, Iitistä ja Helsingistä, tekivät lääkärit. Noin puolet Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella vastanneesta henkilökunnasta oli vakinaisessa työsuhteessa ja puolet määräaikaisia. Jalkaranta-Metsäkankaalla ryhmät jakautuivat tasan myös eri ammattiryhmissä. Launeella enemmistö lääkäreistä oli määräaikaisia ja enemmistö hoitajista vakinaisia. Hemossa kaikki vastanneet hoitajat olivat vakinaisessa työsuhteessa ja lääkärit olivat, yhtä lukuun ottamatta, ammatinharjoittajia. Salpakankaalla kolme neljäsosaa vastanneesta henkilökunnasta oli vakinaisessa työsuhteessa. Myös ammattiryhmät jakaantuivat tämän mukaan.

Kaikki Jalkaranta-Metsäkankaan ja Salpakankaan kyselyyn vastanneet lääkärit toimivat ainoastaan julkisella sektorilla. Puolet Hemossa vastanneista lääkäreistä toimi ainoastaan yksityisellä sektorilla. Ulkoistetulla Launeella kuusi seitsemästä lääkäristä ilmoitti toimivansa ainoastaan julkisella ja yksi ainoastaan yksityisellä sektorilla. Tulos on mielenkiintoinen, koska kaikkien Launeen lääkäreiden työnantaja oli yksityinen yritys. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Salpakankaan lääkärit olivat toimineet koko työuransa ajan ainoastaan julkisella sektorilla. Launeen lääkäreistä yksi ilmoitti pitäneensä joskus yksityistä vastaanottoa. Kaikilla terveysasemilla henkilöstöllä oli pitkä kokemus työskentelystä julkisella sektorilla. Kolme neljäsosaa kaikkien terveysasemien vastaajista oli työskennellyt viisi vuotta tai pidempään julkisessa terveydenhuollossa, näistä enemmistö yli kymmenen vuotta. Sitä vastoin Hemoa lukuun ottamatta yksityisestä terveydenhuollosta oli vastanneella henkilöstöllä suhteellisen vähän työkokemusta, enemmistöllä alle kaksi vuotta. Hemossa kaksi kolmasosaa vastaajista oli työskennellyt yksityisellä sektorilla yli kymmenen vuotta.

Enemmistö terveysasemien henkilökunnasta kertoi viihtyvän työssään hyvin. Hemossa yli 90 %, Salpakankaalla kolme neljästä sekä Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella kaksi kolmesta vastaajasta viihtyi työssään melko tai erittäin hyvin. Lääkäreiden enemmistö kuului tähän ryhmään. Yksi Jalkaranta-Metsäkankaan ja kaksi Launeen lääkäreistä ilmoitti työviihtyvyytensä vaihtelevan. Työnantajaansa sitoutuneimpia olivat Salpakankaan ja Hemon työntekijät, joista yhdeksän kymmenestä ilmoitti olevansa melko sitoutunut tai erittäin sitoutunut työnantajaansa. Samaan päätyi Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella vähän yli puolet vastaajista. Neljännes Jalkaranta-Metsäkankaan ja Launeen vastaajista oli todennäköisesti tai erittäin todennäköisesti vaihtamassa työpaikkaa seuraavan vuoden aikana. Hemossa työpaikan vaihtoa harkitsi vain yksi ja Salpakankaalla kaksi vastaajista. Kaikkien terveysasemien henki-



lökunta arvosti kuitenkin suhteellisen pitkää työsuhdetta saman työnantajan palveluksessa. Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla enemmistö vastaajista piti viidestä kymmeneen vuotta kestävästä työsuhdetta parhaana. Hemossa enemmistö kannatti vieläkin pidempää eli yli kymmenen vuotta kestävästä työsuhdetta. Suurin osa Hemon lääkäreistä oli pisimmän työsuhteen kannattajia. Lyhyempää eli kahdesta neljään vuotta kestävästä työsuhdetta saman työnantajan palveluksessa halusi kolme seitsemästä Launeen lääkäristä.

### **5.5.2 Henkilöstön taustamuuttujat vuonna 2007 ja muutokset edelliseen vuoteen**

Kymmenen Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista oli kotoisin Lahdesta. Lisäksi vastaajien joukossa oli neljä hollolalaista. Launeella kymmenen vastaajaa oli kotoisin Lahdesta ja yksi Kärkölästä. Kolme Launeen vastaajista ei ilmoittanut kotipaikkaansa. Hemossa vastanneista työntekijöistä 17 oli kotoisin Lahdesta, neljä Hollolasta ja yksi Orimattilasta. Kaksi Hemon vastaajista ei ilmoittanut kotipaikkaansa. Salpakankaalla kymmenen vastaajaa oli hollolalaisia, kaksi Lahdesta ja loput kaksi muista ympäristökunnista eli Orimattilasta ja Hämeenkoskelta. Tilanne oli muuttunut eniten Launeella, jossa vastaajien joukossa ei enää ollut pitkiä työmatkoja tekeviä työntekijöitä. Vaikka kolme vastaajaa ei ilmoittanut kotipaikkaansa, kaikki vastasivat kuitenkin kysymykseen työmatkan pituudesta. Pisin työmatka oli nyt 34 km, kun se edellisenä vuonna oli 110 km. Muiden terveysasemien henkilökunta oli edellisen vuoden tapaan Lahdesta ja sen ympäristökunnista. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Salpakankaalla vuoden 2006 kyselyyn oli vastannut noin puolet, Hemossa lähes kaksi kolmasosaa ja Launeella lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta.

Jalkaranta-Metsäkankaalla vuonna 2007 kyselyyn vastanneista vakinaisen henkilökunnan osuus oli edellistä vuotta suurempi. Viisi kuudesta vastanneesta lääkäristä ja kolme neljästä vastanneista hoitajista oli vakinaisessa työsuhteessa. Launeella taas enemmistö eli kaksi kolmasosaa vastaajista oli määräaikaaisia. Näin ollen määräaikaaisia vastaajia oli siellä edellisvuotta enemmän. Yli puolet vastanneista hoitajista ja molemmat kyselyyn vastanneet lääkärit kuuluivat tähän ryhmään. Hemossa vastanneet hoitajat olivat yhtä lukuun ottamatta vakinaisessa työsuhteessa ja lääkärit, niin ikään yhtä lukuun ottamatta, ammatinharjoittajia. Tilanne oli siten Hemossa lähes edellisvuoden kaltainen. Lisäksi yksi lääkäri ilmoitti työsuhteensa laaduksi ”*jokin muu*”. Salpakankaalla vakinaisessa työsuhteessa olleita vastaajia oli edelleen enemmistö ja määrällisesti edellistä vuotta enemmän. Vastanneista lääkäreistä kolme neljästä ja kaikki hoitajat yhtä lukuun ottamatta olivat vakinaisia. Kaikki Jalkaranta-Metsäkankaan ja Salpakankaan lääkärit toimivat ainoastaan julkisella sektorilla. Molemmat ulkoistetulla Launeella vastanneista lääkäreistä ilmoittivat nyt toimivansa ainoastaan yksityisellä sektorilla. Hemon kymmenestä lääkäristä kolme toimi sekä yksityisellä että julkisella sektorilla ja loput seitsemän ainoastaan yksityisellä sektorilla. Jalkaranta-Metsäkankaan kuudesta lääkäristä yksi ilmoitti aikaisemmin pitäneensä yksityisvastaanottoa. Kaikki Salpakankaan lääkärit sen sijaan

olivat toimineet ainoastaan julkisella sektorilla. Edellisen vuoden tapaan kaikilla terveysasemilla henkilöstöllä oli pitkä kokemus työskentelystä julkisen työnantajan palveluksessa. Enemmistöllä työkokemusta oli kertynyt julkisella sektorilla yli kymmenen vuotta. Yksityisellä sektorilla työkokemusta oli edelleen Hemon henkilöstöä lukuun ottamatta kertynyt enemmistöllä vastaajista alle kaksi vuotta. Hemon henkilöstöstä kolme neljännestä oli työskennellyt yksityisellä sektorilla yli kymmenen vuotta. Yhdeksän kymmenestä lääkäristä kuului Hemossa kyseiseen ryhmään.

Enemmistö Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Hemon sekä puolet Salpakankaan vastaajista viihtyi edelleen työssään erittäin hyvin tai melko hyvin. Jalkaranta-Metsäkankaalla viihtyvyys oli noussut ja muilla terveysasemilla laskenut. Eniten viihtyvyys oli alentunut liikelaitostetulla Salpakankaalla ja yksityisessä Hemossa. Yhtenäisin palaute Hemon henkilökunnalta tuli IT-järjestelmän toimimattomuudesta ja työn hankaloittamisesta. Muuten avoimista kysymyksistä käy ilmi, että sekä Salpakankaalla että Hemossa viihtymiseen vaikuttivat monenlaiset työnjohdolliset asiat:

*”Sairaanhoitajien (sydän, hengitys, muisti, psykiatrinen jne.) vastaanottoja joissa alustavasti valmisteltaisiin potilaat tai hoidettaisiin itsenäisesti ja hoidettaisiin lääkärin kanssa työparina. Hoitajat on halpaa työvoimaa kunnille. Palkka ja osaaminen kohdalleen.” Hoitaja/ Salpakangas 2007*

*”Lisää ehdottomasti hoitohenkilökuntaa, tappotahti pienellä palkalla.” Hoitaja/ Salpakangas 2007*

*”Ryhmätoiminnan lisääminen. Työyhteisön ilmapiirin parantaminen. Puhelinpalvelun parantaminen.” Hoitaja/ Hemo 2007*

*”Henkilökunta osavaa mutta täysin väärissä tehtävissä. Parannusta kyllä havaittavissa.” Hoitaja/ Hemo 2007*

*”Kokonaisvaltaista asiakkaan ongelmiin paneutumista tuo säästöä kaikille. Säästää voimavaroja. Uusien tehtävien hoitamiseksi tarvitaan koulutusta, sopivia tiloja ym. Terveysaseman koko imagon parantaminen. Atk-järjestelmän parantaminen.” Hoitaja/ Hemo 2007*

Työnantajaan sitoutumisen kehitys edellisestä vuodesta oli yhdenmukainen työssä viihtymisen kanssa. Jalkaranta-Metsäkankaalla sitoutuminen oli parantunut ja muilla terveysasemilla heikentynyt. Eniten heikennystä myös sitoutumisessa oli tapahtunut Salpakankaalla. Jalkaranta-Metsäkankaalla nyt lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta ilmoitti olevansa erittäin sitoutunut tai melko sitoutunut työnantajaansa. Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajissa vakinaisen henkilökunnan määrä oli edellisvuotta suurempi, joten viihtyvyyden ja työnantajaan sitoutumisen lisääntymisellä saattoi olla yhteys tähän muutokseen. Myös työpaikkaan sitoutuneiden työntekijöiden osuus lisääntyi Jalkaranta-Metsäkankaalla. Niin ikään Launeella työpaikkaan sitoutuneiden määrä oli hie-man edellisvuotta suurempi. Hemossa ja Salpakankaalla työpaikkaan sitoutu-

neiden määrä sitä vastoin laski. Tämä ei kuitenkaan näkynyt kasvuna työpaikan vaihtoa harkitsevien määrässä. Sen sijaan epävarmuussektori oli suurempi eli *en osaa sanoa* -vastaukset lisääntyivät.

Toivottu työsuhteen pituus saman työnantajan palveluksessa oli ennallaan edelliseen vuoteen eli Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla enemmistö vastaajista piti edelleen viidestä kymmeneen vuotta kestävästä työsuhdetta parhaana. Hemossa enemmistö vastaajista kannatti jälleen pidempää eli yli kymmenen vuotta kestävästä työsuhdetta. Lääkärit kannattivat melko tasaisesti sekä viidestä kymmeneen että yli kymmenen vuoden työsuhdetta. Kaikki Hemon lääkärit olivat pisimmän työsuhteen kannalla. Lääkäreiden joukossa poikkeuksen muodosti toinen Launeen lääkäreistä, joka kannatti lyhyempää eli kahdesta neljään vuotta kestävästä työsuhdetta. Suurimmalla osalla Jalkaranta-Metsäkankaan, Launeen ja Hemon vastaajista työmotivaatio oli säilynyt ennallaan tai lisääntynyt jonkin verran viimeisen vuoden aikana. Salpakankaalla taas vastaavana aikana vastaajien enemmistön työmotivaatio oli säilynyt ennallaan tai laskenut jonkin verran. Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla enemmistö henkilöstöstä arvioi palvelun laadun pysyneen viimeisen vuoden aikana ennallaan tai heikentyneen jonkin verran. Hemossa sen sijaan suurin osa vastaajista arvioi laadun parantuneen jonkin verran tai pysyneen ennallaan viimeisen vuoden aikana. Osa henkilöstöstä eritteli avoimissa kysymyksissä hyvinkin tarkasti työmotivaatiotaan ja palvelujen laatua heikentäneitä tekijöitä. Vaikuttamisen mahdollisuudet omaan työhön koettiin rajallisiksi:

*”Esimiehen painostus potilasta ei saisi tutkia ei hoitaa hyvin, koska siihen ei ole varoja! Suosittelen siirtymään pois julkisesta virasta, jos edelleen haluaa tutkia ja hoitaa potilaat hyvin = nykysuositusten mukaan – yksityislääkäriksi silloin voit tutkia ja hoitaa potilaat hyvin. Ei ole mahdollisuuksia mihinkään parannukseen. Itse teen parhaani, toimin edelleen noudattaen käypä hoito -ohjeita suunnilleen. Lääkäreitä nyt liian vähän! 23 500 as./ 6-7 lääkäriä, joilla kaikilla pitkät vuosilomat + lomarahat vapaana, ei koskaan juuri sijaisia. **Lääkäri/ Jalkaranta-Metsäkangas 2007***

*”Huono apulaisylilääkäri, jota ei kiinnosta terveysaseman kehittäminen vaan raha. Hoitajaresurssi vähennetty, ei pystytty antamaan sitä palvelua mitä pitäisi. Diabeteslääkärit huonoja, yhteistyö vierasmaalaisten lääkäreiden kanssa kuormittaa hoitajia.” **Hoitaja/ Laune 2007***

*”Mahdollisuus määrittää oman vastuuväestön koko.” **Lääkäri/ Salpakangas 2007***

*”En haluaisi, että aiemmin hyvin potilaita hoitanut työpaikkani taso ajetaan alas.” **Hoitaja/ Salpakangas 2007***

### 5.5.3 Henkilöstön taustamuuttajat vuonna 2008 ja muutokset edelliseen vuoteen

Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Hemossa viimeisen eli vuoden 2008 kyselyn vastaajien pääosa oli jälleen kotoisin Lahdesta. niin ikään Salpakankaalla suurin osa vastaajista oli taas hollolaisia. Lisäksi kaikilla terveysasemilla oli yksittäisiä vastaajia ympäristökunnista. Salpakankaalla kaksi vastaajista teki pidempää työmatkaa, toinen Ristiinasta ja toinen Helsingistä. Enemmistö Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista oli edelleen vakinaisessa työsuhteessa. Vastaajissa oli lääkäreitä edellisvuotta vähemmän eli vain kaksi, joista toinen oli vakinainen ja toinen määräaikainen. Kaikki vastanneet hoitajat yhtä lukuun ottamatta olivat vakinaisessa työsuhteessa. Launeella taas vähän yli puolet vastaajista oli määräaikaisia. Siellä yksi neljästä vastanneesta lääkäristä ja neljä seitsemästä vastanneesta hoitajasta oli vakinaisessa työsuhteessa. Hemossa tilanne oli edellisvuosien kaltainen. Nyt vakinaisessa työsuhteessa ilmoitti Hemossa olevansa kaksi lääkäriä ja ammatinharjoittajia oli neljä. Hoitajat olivat kahta lukuun ottamatta vakinaisia. Myös Salpakankaalla vastaajien tilanne vastasi edellisvuotta. Kolme neljäsosaa vastanneista lääkäreistä ja hoitajat yhtä lukuun ottamatta olivat vakinaisia.

Jalkaranta-Metsäkankaan molemmat vastanneet lääkärit toimivat ainoastaan julkisella sektorilla. Heistä toinen oli aikaisemmin pitänyt yksityisvastaanottoa. Ulkoistetun Launeen lääkäreistä kaksi ilmoitti toimivansa ainoastaan julkisella sektorilla, yksi pelkästään yksityisellä sektorilla ja yksi sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Näistä kaksi ensin mainittua ainoastaan julkisella toimivaa lääkäriä ilmoitti pitäneensä joskus yksityisvastaanottoa. Hemon lääkäreistä yksi toimi sekä julkisella että yksityisellä sektorilla ja kaikki muut ainoastaan yksityisellä sektorilla. Salpakankaan lääkäreistä yksi työskenteli sekä julkisella että yksityisellä. Muut yksitoista kyselyyn vastannutta Salpakankaan lääkäriä toimivat ainoastaan julkisen työnantajan palveluksessa eikä heistä kukaan ollut pitänyt myöskään aikaisemmin yksityisvastaanottoa. Edellisten vuosien tapaan enemmistöllä kaikista vastaajista oli pitkä työkokemus julkisella sektorilla. Yksityisestä terveydenhuollosta oli Hemon työntekijöiden lisäksi yli viiden vuoden työkokemus vain kahdella Salpakankaan lääkärillä.

Vuoden 2008 kyselyssä kaikkien terveysasemien vastaajien enemmistö kertoi viihtyvänsä työpaikassaan erittäin hyvin tai melko hyvin. Viihtyvyys oli nousut eniten Launeella ja Salpakankaalla. Niin ikään enemmistö vastaajista ilmoitti olevansa erittäin sitoutunut tai melko sitoutunut työnantajaansa. Työnantajaan sitoutuminen oli lisääntynyt edellisestä vuodesta kaikilla terveysasemilla, eniten kuitenkin Launeella ja Salpakankaalla. Sitoutuminen työpaikkaan eli varmuus tai todennäköisyys samassa työpaikassa työskentelemisestä seuraavana vuoden aikana lisääntyi edelleen Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella. Myös Salpakankaalla sitoutuminen oli noussut edellisen vuoden pudotuksen jälkeen. Hemossa sen sijaan sitoutuminen työpaikkaan laski edelleen.

Aikaisempien vuosien tapaan vastaajat arvostivat suhteellisen pitkää työsuhdetta saman työnantajan palveluksessa. Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja

Salpakankaalla enemmistö vastaajista kannatti edelleen viidestä kymmeneen vuotta kestävästä työsuhteesta. Hemossa vastaajien enemmistö piti jälleen yli kymmenen vuoden työsuhteesta parhaana vaihtoehtona. Viimeksi mainittuun ryhmään kuuluivat myös yhtä lukuun ottamatta kaikki Hemon lääkärit. Lyhyempiä kahdesta neljään vuotta kestäviä työsuhteita kannatti ainoastaan kaksi Launeen lääkäriä.

Työmotivaatio oli suurimmalla osalla Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajilla pysynyt kuluneen vuoden aikana ennallaan. Muilla terveysasemilla enemmistöllä vastaajista työmotivaatio oli pysynyt ennallaan tai lisääntynyt jonkin verran. Jalkaranta-Metsäkankaalla, Launeella ja Salpakankaalla vastaajat arvioivat palvelujen laadun säilyneen viimeisen vuoden aikana lähes samalla tasolla. Hemossa sen sijaan vastaajien enemmistön mielestä palvelun laatu oli huonontunut jonkin verran. Toisaalta henkilöstö ymmärsi yrityksen tavoitteet ja toiminnan vaatimukset, toisaalta kyseisten vaatimusten koettiin rajoittavan päivittäistä työskentelyä. Kuulumisen suureen lääkäriasemaketjuun koettiin vähentäneen paikallista autonomiaa:

*"Muutokset kuuluvat elämään. Pörssiyhtiön tehtäviä tulosta. Työvälineet toimiviksi. Pidettävää mitä sopimuksissa luvataan. Resurssit, tavoitteet, ihmiset." **Terveystoimittaja/ Hemo 2008***

*"Aikaa asiakkaille ja potilaille. Toisille on riittävästi, mutta esim. päivystyspotilaille liian vähän. Kaikki otetaan sisään vaikka aika ei riittäisikään." **Terveystoimittaja/ Hemo 2008***

*"Ketjuuntuneiden asemien itsenäisyyttä tulisi ehdottomasti lisätä." **Lääkäri/ Hemo 2008***

## **5.6 HENKILÖSTÖN PREFERENSSIT JA SITOUTUMINEN VUOSINA 2006–2008**

### **5.6.1 Henkilöstön preferenssit**

Vuoden 2006 henkilöstön preferenssien ensimmäisessä erottelufunktiossa mukana olleet muuttujat käsittelivät julkisten palvelujen yksityistämistä, verotuksen kannustavuutta työhön, korkeaa verotusta, terveydenhuollon kuntarajoja, julkisten palvelujen rahoitusta, tiedotusvälineiden kuvaa julkisista palveluista, yhteiskunnan kilpailua, vuokra-asumista, työttömyysturvaa sekä tuloeroja. (Taulukko 37). Suurin painoarvo oli preferenssillä *Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain* (kanoninen korrelaatio  $-0.496$ ) Toisessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli preferenssillä *Omistusasuminen on minulle tärkeä asia* ( $-0.448$ ) ja kolmannessa erottelufunktiossa preferenssillä *Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä* ( $0.537$ ). Vain ensimmäisen erottelufunktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin  $\lambda = 0.274$ ,  $X = 77,031$  ja  $p = 0.040$ ) (Taulukot 38–39.)

Ryhmävertailussa yksityismyönteisin oli yksityisen Hemon henkilöstö (-1.732). Julkisten terveysasemien Salpakankaan (.734) ja Jalkaranta-Metsäkankaan (.914) henkilöstöt olivat julkismyönteisiä samoin kuin yksityiselle toimijalle ulkoistetun Launeen henkilöstö (.449). (Taulukko 40.) Suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain*. Ristiintaulukoinnilla saatiin esiin, että Hemossa vastanneesta henkilöstöstä 57 % suhtautui myönteisesti julkisten palvelujen yksityistämiseen. Sitä vastoin Salpakankaalla 75 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 67 % ja Launeella 55 % vastanneesta henkilöstöstä vastusti terveyspalvelujen yksityistämistä. Launeella oli kuitenkin näistä kolmesta eniten yksityistämisen kannattajia (30 %). Vaikka Hemossa yli puolet vastaajista kannatti yksityistämistä, oli siellä myös eniten epävarmuutta asiasta eli en osaa sanoa -vastauksia (29 %). Organisaatioiden väliset erot selittävät julkisten terveyspalvelujen yksityistämiseen liittyvän preferenssin kokonaisvaihtelusta 28 % (sisäkorrelaatio 0.277) ja muut tekijät 72 %. Ammattiryhmien väliset erot tutkittiin vielä varianssianalyysillä. Ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p = .062$ ).

Toisen erottelufunktion painoarvoltaan suurin muuttuja oli *Omistusasuminen on minulle tärkeä asia* (-.448). Ryhmävertailussa omistusasumista kannatti eniten Salpakankaan henkilöstö (-.673). Ristiintaulukoinnissa havaittiin, että omistusasuminen oli tärkeä asia enemmistölle kaikkien terveysasemien henkilöstöstä. Salpakankaalla lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä asiasta. Vähiten omistusasumista kannatettiin Launeella (.880), mutta sielläkin 60 % vastaajista oli omistusasumisen puolella. Kolmannen erottelufunktion suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä* (.537). Eniten samaa mieltä väittämästä oli Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstö (.861) ja eniten eri mieltä Salpakankaan henkilöstö (.385). Sekä Jalkaranta-Metsäkankaalla että Hemossa noin kolme neljäsosaa vastaajista edellytti työttömien ottavan vastaan mitä työtä tahansa. Vastaavasti Launeella puolet ja Salpakankaalla vähän alle puolet vastaajista oli väittämästä samaa mieltä.

Taulukko 37. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2006

	Funktio		
	1	2	3
Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain.	-,496*	,208	,000
Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	-,364*	-,175	,069
Korkea verotuksemme on hyvä asia.	,359*	-,057	-,201
Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,091	-,448*	,098
Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	-,182	-,128	,537*

Taulukko 38. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,274	77,031	57	,040
2 -> 3	,616	28,857	36	,795
3	,843	10,170	17	,896

Taulukko 39. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	1,247	69,2	69,2	,745
2	,369	20,5	89,7	,519
3	,186	10,3	100,0	,396

Taulukko 40. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelulottuvuudelle vuonna 2006

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	,914	-,162	,861
Laune	,449	,880	-,192
Hemo	-1,732	-,109	,060
Salpakangas	,734	-,673	-,385

Henkilöstön preferenssien ensimmäisessä erottelufunktiossa vuonna 2007 oli mukana muuttujia, jotka sisälsivät väitteitä työttömien asemasta, korkeasta verotuksesta, julkisten palvelujen kilpailuttamisesta, yrittäjyydestä, tiedotusvälineiden kuvasta julkisista palveluista, valtion omistuksesta yrityksissä sekä yksilön vastuusta itsestään. (Taulukko 41). Muuttujat *Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä* (.401) sekä *Korkea verotuksemme on hyvä asia* (-.385) saivat suurimman painoarvon ensimmäisessä erottelufunktiossa. Toisessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa* (.507) ja kolmannessa muuttujalla *Omistusasuminen on minulle tärkeä asia* (.451). Vain ensimmäisen funktion erottelukyky oli tilastolli-



sesti erittäin merkitsevä (Wilksin  $\lambda = .195$ ,  $X = 87,546$  ja  $p = .006$ ). (Taulukot 42-43.)

Ensimmäisen erottelufunktion ryhmävertailussa ääripäät muodostivat Hemon (1.269) ja Launeen (-1.590) henkilöstöt (taulukko 44). Yksityisessä Hemon henkilöstö oli selvästi yksityismyönteisin ja vastaavasti Launeen henkilöstö selvästi julkismyönteisin. Myös Jalkaranta-Metsäkankaan ja Salpakankaan henkilöstöt sijoituivat edellisten väliin ollen myös julkismyönteisiä. (Taulukko 44.) Ristiintaulukoinnissa havaittiin, että Hemon henkilöstöstä 71 % vastusti ja 12 % kannatti korkeaa verotusta. Salpakankaalla henkilöstön korkean verotuksen vastustus (72 %) oli samalla tasolla kuin Hemossa, mutta toisaalta korkean verotuksen kannatus (21 %) oli Hollolassa korkeampi Hemossa. Jalkaranta-Metsäkankaalla puolet vastaajista suhtautui kielteisesti korkeaan verotukseen ja vähän yli kolmannes (36 %) antoi tukensa sille. Eniten terveysasemista poikkesi Laune, jossa korkeaa verotusta kannatti 57 % ja vastusti 21 % vastaajista. Sisäkorrelaatio (0.172) osoittaa, että organisaatioiden väliset erot selittävät 17 % henkilöstön korkean verotuksen preferenssin kokonaisvaihtelusta. Siten muiden tekijöiden kuin kuulumisen kyseisiin terveydenhuollon organisaatioihin selittävä osuus on 83 %. Varianssianalyysillä tarkasteltuna ammattiryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa ( $p = .302$ ).

Toinen ensimmäiseen erottelufunktioon kuulunut preferenssi oli *Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä*. Hemossa 88 % vastaajista edellytti työttömien vastaanottavan mitä tahansa heille tarjottua työtä. Launeella enemmistö vastanneesta henkilöstöstä eli 43 % oli jälleen päinvastaista mieltä eli heidän mielestään työttömille tulee antaa valinnan mahdollisuus vastaanotettavaan työhön. Jalkaranta-Metsäkankaan ja Salpakankaan vastaajien preferenssit sijoituivat edellä mainittujen väliin siten, että vastaajien enemmistön preferenssit olivat työn vastaanottamisesta samansuuntaiset kuin Hemon vastaajilla. Toisaalta kuitenkin asiasta eri mieltä olevia oli enemmän kuin Hemossa. Hemossa vastaajien näkökannat olivat selkeästi puolesta tai vastaan. Muilla terveysasemilla noin viidennes vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään. Organisaatioiden väliset erot selittävät 19 % kyseisen preferenssin kokonaisvaihtelusta (sisäkorrelaatio 0.190). Ammattiryhmien välillä oli nyt tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = .007$ ). Eniten samaa mieltä väittämästä olivat perus-/ lähihoitajat ja eniten eri mieltä sairaanhoitajat.

Toisessa erottelufunktiossa suurin painoarvo oli preferenssillä *Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa* (.507). Ryhmävertailussa selvästi keskiarvon alapuolella ja siten eniten eri mieltä väittämästä oli Salpakankaan henkilöstö (-1.467). Ristiintaulukoinnilla saatiin esille, että Hemossa 71 %, Launeella 64 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 50 % ja Salpakankaalla 29 % vastaajista oli samaa mieltä väittämästä. Kolmannessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli preferenssillä *Omistusasuminen on minulle tärkeä asia* (.451). Enemmistö kaikkien terveysasemien vastaajista kannatti jälleen omistusasumista. Salpakankaalla 86 %, Hemossa 83 %, Launeella 64 % ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 51 % vastaajista oli asiasta samaa mieltä.

Taulukko 41. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2007

	Funktio		
	1	2	3
Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	,401*	,206	,181
Korkea verotuksemme on hyvä asia.	-,385*	,212	,054
Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,117	,507*	-,183
Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,297	-,133	,451*

Taulukko 42. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,195	87,546	57	,006
2 -> 3	,436	44,381	36	,159
3	,716	17,881	17	,396

Taulukko 43. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	1,241	54,5	54,5	,744
2	,641	28,1	82,6	,625
3	,397	17,4	100,0	,533

Taulukko 44. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelullottuvuudelle vuonna 2007

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,424	,169	1,144
Laune	-1,590	,634	-,572
Hemo	1,269	,387	-,211
Salpakangas	-,162	-1,467	-,211

Viimeisen kyselyn toteuttamisvuoden 2008 henkilöstön preferenssi-  
en ensimmäinen erottelufunktio sisälsi muuttujia, jotka kartoittivat asenteita terveydenhuollon kuntarajoihin, julkisten palvelujen yksityistämiseen ja kilpailuttamiseen, tiedotusvälineiden kuvaan julkisista palveluista, verotuksen kannustavuutta työhön, korkeaan verotukseen sekä kansalaispalkkaan (Taulukko 45). Suurimmat painoarvot saivat muuttujat *"Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa"* (.382) sekä *"Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain"* (.371). Toisessa erottelufunktiossa suurimman kanonisen korrelaation sai muuttuja *"Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata"* (.496) ja kolmannessa *"Yksityisiä kouluja tulisi lisätä"* (.456). Ensimmäisen funktion erottelukyky oli jälleen tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin  $\lambda = .164$ ,  $X = 82,325$  ja  $p = .016$ ). (Taulukot 46-47.) Ensimmäisen erottelufunktion ryhmävertailussa ääripäissä yksityinen Hemon lääkäriasema oli jälleen yksityismyönteisin (1.990). Julkismyönteisin oli nyt Hollolan Salpakankaan terveysasema (-1.555). Niin ikään julkinen Jalkaranta-Metsäkangas (-.926) sijoittui julkismyönteiselle puolelle. Ulkoistettu Laune (.006) sen sijaan sijoittui ryhmävertailussa aivan keskiarvon tuntumaan. (Taulukko 48.) Launeella henkilöstön preferenssit olivat siten muuttuneet yksityismyönteiseen suuntaan.

Ristiintaulukoinnissa tarkasteltuna suurimman painoarvon saaneen muuttujan *"Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa"* tulos oli edellisen vuoden suuntainen. Hemon ja Launeen henkilöstön preferenssit olivat kyseisen muuttujan suhteen lähentyneet. Nyt Hemossa ja Launeella 82 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 44 % ja Salpakankaalla 30 % vastaajista oli samaa mieltä väittämästä. Ensimmäisessä erottelufunktiossa oli myös muuttuja *"Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain"*. Kyseinen preferenssi oli mukana myös vuoden 2006 ensimmäisessä erottelufunktiossa. Eri mieltä terveyspalvelujen yksityistämisestä oli nyt Salpakankaalla 95 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 78 % ja Launeella 73 % vastaajista. Yksityistämisen vastustajien määrä oli siten näillä terveysasemilla noussut entisestään vuoden 2006 kyselyyn verrattuna. Suurin muutos oli tapahtunut yksityisen Hemon henkilöstön vastauksissa. Nyt enemmistö eli 45 % Hemon vastaajista oli eri mieltä julkisten palvelujen yksityistämisen tarpeellisuudesta. Vastaavasti yksityistämisen kannattajia oli enää 27 % vastaajista. Epävarmuussektori oli edelleen Hemossa terveysasemista korkein: en osaa sanoa -vastauksia oli 27 %. Organisaatioiden väliset erot selittävät 24 % preferenssiin liittyvästä kokonaisvaihtelusta (sisäkorrelaatio 0.235). Varianssianalyysillä tarkasteltuna ammattiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ( $p = .196$ ).

Toisessa erottelufunktiossa painoarvoltaan suurin oli muuttuja *"Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata"* (.496). Ryhmävertailussa Launeen henkilöstö sijoittui selvästi keskiarvon alapuolelle. Siellä vain 27 % vastaajista kannatti valtion omistuksen turvaamista kansallisissa yrityksissä. Sen sijaan Jalkaranta-Metsäkankaalla kolme neljäsosaa ja Hemossa sekä Salpakankaalla yli puolet vastaajista oli samaa mieltä väittämästä. Kolmannessa erottelufunktiossa suurimman kanonisen korrelaation sai muuttuja *"Yksityisiä kouluja tulisi lisätä"* (.456). En osaa sanoa -vastauksia tuli tähän kysymykseen suhteeseen

sa paljon: Jalkaranta-Metsäkankaalla 44 %, Launeella 36 %, Hemossa 14 % ja Salpakankaalla 38 %. Mielipiteensä ilmaisseista vastaajista enemmistö kaikilla terveysasemilla koki kuitenkin yksityisten koulujen lisäämisen tarpeettomaksi.

Taulukko 45. Henkilöstöä erottelevia preferenssejä vuonna 2008

	Funktio		
	1	2	3
Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,382*	-,250	,183
Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain.	,371*	-,093	,113
Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,358*	,215	,115
Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,040	,496*	,007
Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	,103	-,193	,456*

Taulukko 46. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,164	82,325	57	,016
2 -> 3	,555	26,812	36	,867
3	,780	11,297	17	,841

Taulukko 47. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominisarvo) vuonna 2008

Funktio	Ominisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	2,387	77,6	77,6	,840
2	,406	13,2	90,8	,538
3	,282	9,2	100,0	,469

Taulukko 48. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön preferenssien erottelulottovuudelle vuonna 2008

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,926	,769	,958
Laune	,006	-1,184	,386
Hemo	1,990	,237	-,179
Salpakangas	-1,555	,084	-,498

### 5.6.2 Henkilöstön sitoutuminen

Vuoden 2006 henkilöstön sitoutumisen ensimmäisessä erottelufunktiossa oli mukana muuttujia, joihin sisältyi väitteet palkkauksen perustumisesta suoritukseen, vaikutusmahdollisuudesta omiin työaikoihin ja omaa työtä koskeviin päätöksiin, työyhteisön toimivuuteen, työn suunnitteluun ja organisointiin, työn innostavuuteen, työn syvempiin merkityksiin (elämäntehtävä, ihmisten auttaminen), työn itsenäisyyteen sekä mahdollisuuteen käyttää omia kykyjä (Taulukko 49). Suurimmat kanoniset korrelaatiot olivat muuttujilla *Palkkaus perustuu suoritukseen* (.280) sekä *Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini* (.193). Toisessa erottelufunktiossa suurin painoarvo oli muuttujalla *Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni* (-.244) ja kolmannessa muuttujalla *Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia* (.424). Ensimmäisen erottelufunktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin lambda = .077, X = 143,632 ja p = .001). (Taulukot 50-51.)

Ensimmäisessä erottelufunktiossa selkeästi keskiarvon yläpuolelle sijoittui yksityisen Hemon henkilöstö (2.253). Myös Hollolan julkisen terveysaseman Salpakankaan henkilöstö oli hieman keskiarvon yläpuolella (.227). Selvästi keskiarvon alapuolella olivat Laune (-1.629) ja Jalkaranta-Metsäkangas (-1.656). (Taulukko 52.) Näin ollen Hemon henkilöstö yhtyi eniten näkemukseen siitä, että palkka perustui suoritukseen ja että henkilöstö itse pystyi vaikuttamaan omiin työaikoihinsa. Ristiintaulukoinnilla tarkennettuna väittämästä *Palkkaus perustuu suoritukseen* samaa mieltä oli Hemossa 64 %, Salpakankaalla 40 % ja Launeella 25 % vastaajista. Jalkaranta-Metsäkankaalla kukaan vastaajista ei nähnyt palkkauksen ja suorituksen välille yhteyttä. Organisaatioiden väliset erot selittivät 22 % kokonaisvaihtelusta (sisäkorrelaatio 0.221). Varianssianalyysillä tarkasteltuna ammattiryhmien välinen ero oli tässä tapauksessa tilastollisesti merkitsevä (p = .000). Eniten samaa mieltä väittämästä olivat lääkärit ja eri mieltä terveydenhoitajat. Ensimmäisen erottelufunktion toiseksi suurimman kanonisen korrelaation saanut muuttuja oli *Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini*. Hemossa 73 %, Salpakankaalla 65 %, Launeella 45 % ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 38 %

vastaajista pystyi vaikuttamaan omiin työaikoihinsa. Ammattiryhmien välinen ero oli tässäkin tilastollisesti merkitsevä ( $p = .000$ ). Parhaiten työaikoihinsa pystyivät vaikuttamaan lääkärit ja huonoimmin perus-/lähihoitajat.

Toisen erottelufunktion suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni* (-.244). Ryhmävertailussa Salpakankaan henkilöstö koki saavansa eniten tukea lähijohdolta. Salpakankaan vastaajista 80 % oli samaa mieltä väittämästä. Myös muilla terveysasemilla enemmistö eli Hemossa ja Launeella noin 60 % ja Jalkaranta-Metsäkankaalla yli puolet vastaajista koki saavansa riittävästi tukea lähijohtajaltaan. Kolmannessa erottelufunktiossa suurin painoarvo oli muuttujalla *Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia*. Lisäksi kysyttiin, mitä nämä etuudet olivat. Eri mieltä rahallisten etuuksien saamisesta oli 85 % Jalkaranta-Metsäkankaan, 65 % Salpakankaan, 46 % Hemon ja 30 % Launeen vastaajista. Palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia taas koki saavansa 36 % Hemon, 35 % Salpakankaan ja 30 % Launeen vastaajista. Jalkaranta-Metsäkankaalla ei yksikään vastaajista kokenut saavansa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia. Launeella 40 % vastaajista ei osannut sanoa, saako rahallisia etuuksia tai ei. Hoitajat mainitsivat etuuksina liikuntasetelit, uimaliput, kuntosalikortit, palveluvuosipalkkiot määrävuosista sekä kattavan työterveys sopimuksen. Lääkäreillä rahallisia etuuksia olivat edellä mainittujen lisäksi esim. Launeella auto-, puhelin, atk- ja asuntoetu, osakkuus sekä kilometrikorvaukset ja Hemossa golfpelioikeus.

Taulukko 49. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2006

	Funktio		
	1	2	3
Palkkaus perustuu suoritukseen.	,280*	,018	,200
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini.	-,193*	,018	,163
Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni.	,026	-,244*	-,180
Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia.	-,021	,025	,424*

Taulukko 50. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2006

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,077	143,632	96	,001
2 -> 3	,295	68,341	62	,271
3	,582	30,322	30	,449

Taulukko 51. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2006

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	2,836	62,7	62,7	,860
2	,972	21,5	84,1	,702
3	,719	15,9	100,0	,647

Taulukko 52. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelulottovuudelle vuonna 2006

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-1,656	-,175	-1,590
Laune	-1,629	,887	,785
Hemo	2,253	,643	-,219
Salpakangas	,227	-1,480	,488

Vuoden 2007 henkilöstön sitoutumisen ensimmäisessä erottelufunktiossa korreloivat eniten muuttajat, jotka käsittelivät ajan riittävyyttä potilaille, työnantajan kannustinjärjestelmää, vaikutusmahdollisuuksia omaan työtä koskeviin päätöksiin, saatua mielihyvää ihmisten auttamisesta, työn tarjoamia rahallisia etuuksia, tiimityötä, fyysistä turvallisuutta, potilailta saatua myönteistä palautetta, tyytyväisyyttä palkkaan, lähijohtajan puuttumista työyhteisön ongelmiin, uralla etenemistä sekä työyhteisön toimivuutta. (Taulukko 53). *"Potilaille on riittävästi aikaa"* (.288) sekä *"Työntajallani on käytössä kannustinjärjestelmä (esim. bonuspalkkausjärjestelmä)"* (.238) olivat vuoden 2007 henkilöstön aineiston ensimmäisen erottelufunktion painoarvoltaan suurimmat muuttajat. Vuoden 2007 toisessa erottelufunktiossa oli mukana muuttajia, jotka liittyivät työtehtävien oikeuden mukaiseen jakautumiseen, lähijohtajalta saatuun tukeen, henkilökohtaiseen kehittymiseen, pysyvään työsuhteeseen, suoritepohjaiseen palkkaukseen, kollegojen konsultaatioapuun, oikeudenmukaiseen lähijohtoon, uuden IT -teknologian hyödyntämiseen sekä lääkäreiden ja hoitajien töiden tarkoituksenmukaiseen jakamiseen. Toisessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *"Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti"* (.175). Kolmannessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *"Olen harkinnut ammatin vaihtoa"* (.189). Ensimmäisen (Wilksin lambda = .020, X = 152,613 ja p =.000) ja toisen (Wilksin lambda = .095, X = 91,950 ja p =.008) funktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. (Taulukot 54-55.)

Ensimmäisessä erottelufunktiossa keskiarvon yläpuolella eli eniten samaa mieltä väittämistä oli yksityisen Hemon henkilöstö (2.420). Alimpana keskiarvon alapuolella eli eniten eri mieltä oli Salpakankaan henkilöstö (-2.388). Myös Jalkaranta-Metsäkankaan (-.534) ja Launeen (-.985) henkilöstöt sijoituivat keskiarvon alapuolelle. (Taulukko 56.) Launeella ja Salpakankaalla 86 % sekä Jalkaranta-Metsäkankaalla 57 % kyselyyn vastanneesta henkilökunnasta piti asiakkaaseen käytettyä aikaa riittämättömänä. Launeella vain 7 % vastaajista piti aikaa riittävänä. Hemossa taas enemmistö vastaajista (58 %) koki asiakkaalle olevan riittävästi aikaa. Sielläkin kuitenkin kolmannes vastaajista oli asiasta eri mieltä. Organisaatioiden väliset erot selittävät 23 % ryhmien välisestä kokonaisvaihtelusta. Ammattiryhmien välinen ero on tilastollisesti merkitsevä (.018). Eniten riittämättömänä ajan kokivat sairaanhoitajat ja lähes samoin myös perus-/lähihoitajat.

Ensimmäisessä erottelufunktiossa toiseksi suurimman painoarvon sai muutuja *”Työntajallani on käytössä kannustinjärjestelmä (esim. bonuspalkkausjärjestelmä)”*. Nyt samaa mieltä väittämästä oli Hemossa 55 % sekä Salpakankaalla ja Jalkaranta-Metsäkankaalla 14 % vastaajista. Launeella kukaan vastaajista ei ollut samaa mieltä kannustinjärjestelmän olemassaolosta. Noin kolmannes Launeen ja Salpakankaan vastaajista ei osannut tai halunnut sanoa, onko kannustinjärjestelmä olemassa vai ei. Vastaavaa epätietoisuutta oli jonkin verran myös Hemossa (23 %) ja Jalkaranta-Metsäkankaalla (15 %). Organisaatioiden väliset erot selittivät nyt 23 % ryhmien välisestä kokonaisvaihtelusta. Ammattiryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = .001$ ). Eniten eri mieltä kannustinjärjestelmästä olivat sairaanhoitajat. Kannustinjärjestelmän olemassaolosta eniten samaa mieltä olivat perus-/lähihoitajat.

Kiteytettynä ensimmäisessä erottelufunktiossa korostuivat työhön liittyvät taloudelliset etuudet, uralla eteneminen sekä vaikutusmahdollisuudet omaan työhön. Toisessa erottelufunktiossa nousivat puolestaan esiin oikeudenmukaisuus työssä, lähijohdon tuki, työsuhteen pysyvyys ja mahdollisuus henkilökohtaiseen kehittymiseen. Toisen erottelufunktion ryhmävertailussa keskiarvon yläpuolella olivat Launeen (2.614) ja Jalkaranta-Metsäkankaan (.240) henkilöstöt. Koska suurin osa erottelufunktion muuttujista sai negatiivisen korrelaation, olivat edellä mainitut ryhmät eniten eri mieltä väittämien kokonaisuudesta. Keskiarvon alapuolelle sijoituivat Hemon (-.556) ja Salpakankaan henkilöstöt (-2.166), jotka siis olivat väittämistä samaa mieltä. Suurin painoarvo oli muuttujalla *”Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti”*. Kyseinen muuttuja sai erottelufunktiossa positiivisen korrelaation. Töiden oikeudenmukaisesta jakaantumisesta oli samaa mieltä Launeella 64 %, Jalkaranta-Metsäkankaalla 43 %, Hemossa 39 % ja Salpakankaalla 14 % vastaajista. Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero (.022). Epäoikeudenmukaisimmin työn kokivat jakautuvan perus-/lähihoitajat, vastaavasti oikeudenmukaisimpana työtehtävien jakoa pitivät lääkärit. Kolmannessa erottelufunktiossa suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla *”Olen harkinnut ammatin vaihtoa”*. Ryhmävertailussa selvästi keskiarvon alapuolella, eli eri mieltä ammatinvaihdosta, oli Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstö (-2.352). Ammatin vaihtoa oli harkinnut Jalkaranta-Metsäkankaalla



vain 14 % vastaajista. Vastaava luku oli Salpakankaalla 50 %, Launeella 43 % ja Hemossa 17 %.

*Taulukko 53. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2007*

	Funktio		
	1	2	3
Potilaille on riittävästi aikaa	,288*	-,017	-,157
Työnantajallani on käytössä kannustinjärjestelmä	,238*	-,152	,067
Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti	,055	,175*	,001
Olen harkinnut ammatin vaihtoa	-,176	,071	,189*

*Taulukko 54. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2007*

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,020	152,613	96	,000
2 -> 3	,095	91,950	62	,008
3	,361	39,723	30	,110

*Taulukko 55. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2007*

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	3,737	44,9	44,9	,888
2	2,816	33,8	78,7	,859
3	1,769	21,3	100,0	,799

*Taulukko 56. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelullottuvuudelle vuonna 2007*

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	-,534	,240	-2,352
Laune	-,985	2,614	,974
Hemo	2,420	-,556	,405
Salpakangas	-2,388	-2,166	,818

Viimeisenä kyselyn toteuttamisvuonna 2008 ensimmäiseen erottelufunkti-oon sisältyi muuttujia, jotka käsittelivät suoritepalkkausta, selkeää työn suunnittelua ja organisointia, lääkärien ja hoitajien tarkoituksenmukaista työnjakoa, työtehtävien mielekästä kokonaisuutta, henkilökohtaista kehittymistä, saatua mielihyvää ihmisten auttamisesta sekä mahdollisuutta käyttää omia kykyjä. (Taulukko 57). Suurimmat kanoniset korrelaatiot saivat muuttujat *Palkkaus perustuu suoritukseen* (-.180) sekä *Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää* (-.178). Toisessa erottelufunktiossa suurin painoarvo oli muuttujalla *Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia* (-.408) ja kolmannessa muuttujalla *Lähijohtajani on oikeudenmukainen* (-.395). Ensimmäisen funktion erottelukyky oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Wilksin  $\lambda = .025$ ,  $X = 132,978$  ja  $p = .007$ ). (Taulukot 58–59.)

Ensimmäisen erottelufunktion ryhmävertailussa selvästi keskiarvon yläpuolelle sijoittui Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstö (4.960), joka siten oli eri mieltä väittämistä. Toisessa ääripäässä keskiarvon alapuolella oli Hemon henkilöstö (-1.566), joka oli väittämistä eniten samaa mieltä. Myös Salpakankaan (-.769) ja Launeen (-.132) henkilöstöt sijoituivat keskiarvon alapuolelle. (Taulukko 60.) Ristiintaulukoinnissa palkkauksen koki perustuvan suoritukseen 56 % Hemon, 43 % Salpakankaan, 36 % Launeen ja 11 % Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista. Sama väittäjä oli mukana myös vuoden 2006 ensimmäisessä erottelufunktiossa. Tulokset olivat molempina vuosina samansuuntaiset. Organisaatio selittää 30 % muuttujan kokonaisvaihtelusta (sisäkorrelaatio 0.302). Ammattiryhmät eroavat tässä tapauksessa tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p = .000$ ). Eniten eri mieltä väittämästä olivat sairaanhoitajat ja eniten samaa mieltä lääkärit. Painoarvoltaan toiseksi merkittävin muuttuja ensimmäisessä erottelufunktiossa oli muuttuja *Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää*. Tästä keskeisesti johtamiseen liittyvästä väittämästä samaa mieltä oli 50 % Hemon, 46 % Launeen, 38 % Salpakankaan ja 11 % Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista. Organisaatio selittää 17 % muuttujan *Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää* kokonaisvaihtelusta (sisäkorrelaatio 0.169). Varianssianalyysillä tarkasteltuna ammattiryhmät eroavat jälleen tilastollisesti merkitsevästi ( $p = 0.007$ ). Näkemykseen yhtyivät eniten lääkärit ja vastakaisia mielipiteitä oli eniten perus-/lähihoitajilla.

Toisen erottelufunktion painoarvoltaan suurin muuttuja oli *Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia* (-.408). Ryhmävertailussa eniten keskiarvon alapuolella ja siten samaa mieltä väittämästä oli Launeen henkilöstö (-2.998). Ristiintaulukoinnissa tarkennettuna väittämän kanssa samaa mieltä oli Launeella 78 %, Hemossa 50 % ja Salpakankaalla 10 % vastaajista. Jalkaranta-Metsäkankaalla ei kukaan vastaajista kokenut saavansa palkkaa lukuun ottamatta rahallisia etuuksia. Esimerkiksi edellisenä vuonna etuutena olleita liikuntaseteleitä ei nyt maininnut kukaan Jalkaranta-Metsäkankaan vastaajista. Muilla terveysasemilla liikuntasetelit olivat edelleen käytössä. Hoitajat mainitsivat etuina lisäksi puhelinedun ja syntymäpäivälahjan pyöreinä tasavuosina. Lääkäreillä etuja olivat koulutusraha, puhelin-, auto- ja asuntoetu, tietokone, osakkuus sekä golfpelioikeus. Nämä edut koskivat Hemon ja Launeen lääkäreitä. Kolmannen

erottelufunktion suurin kanoninen korrelaatio oli muuttujalla, joka liittyi myös johtamiseen, *Lähijohtajani on oikeudenmukainen* (-,395). Tyytyväisimpiä lähijohdon oikeudenmukaisuuteen olivat Launeen (91 %) ja Salpakankaan (90 %) henkilöt. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Hemossa yli puolet vastaajista koki lähijohdon oikeudenmukaisena.

*Taulukko 57. Henkilöstön sitoutumista erottelevia tekijöitä vuonna 2008*

	Funktio		
	1	2	3
Palkkaus perustuu suoritukseen.	-,180*	,100	,109
Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää.	-,178*	-,035	-,058
Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia.	-,211	-,408*	,234
Lähijohtajani on oikeudenmukainen.	-,097	,024	-,395*

*Taulukko 58. Henkilöstön sitoutuminen - funktioiden erottelukyky (Wilksin lambda) vuonna 2008*

Funktiot	Wilksin Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 -> 3	,025	132,978	96	,007
2 -> 3	,160	65,918	62	,343
3	,446	29,101	30	,512

*Taulukko 59. Henkilöstön preferenssien erottelufunktioiden kyky erotella ryhmiä (ominaisarvo) vuonna 2008*

Funktio	Ominaisarvo	%-osuus varianssista	Kumulatiivisuus %	Kanoninen korrelaatio
1	5,441	64,3	64,3	,919
2	1,781	21,0	85,3	,800
3	1,244	14,7	100,0	,745

*Taulukko 60. Terveysasemien sijoittuminen henkilöstön sitoutumisen erottelulottovuudelle vuonna 2008*

Terveysasema/ lääkärikeskus	Funktio		
	1	2	3
Jalkaranta-Metsäkangas	4,960	,331	,443
Laune	-,132	-2,998	-,704
Hemo	-1,566	,122	1,342
Salpakangas	-,769	,940	-1,125

# 6 Pohdinta ja päätelmät

## 6.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Palveluorganisaatiot ovat tutkimuskohteina monimutkaisia ja laajoja. Niihin voidaan soveltaa monenlaisia hallinnon ja organisaatiotutkimuksen lähestymistapoja. Siksi teoreettisen näkökulman valinnan jälkeen rajaukset oli tehtävä huolellisesti. Tutkimuksessa institutionaalinen teoria ja tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston hankintaa.

Asiakkaiden kokeman palvelujen laadun mittaamista varten suunniteltiin ensin uutta mittaria tätä tutkimusta varten. Validiteetin varmistamiseksi päädyttiin kuitenkin käyttämään valmista THL:n kyselylomaketta. Sen kysymysten todettiin palvelevan hyvin tämän tutkimuksen tarkoitusta. Lomakkeen pohjana on ollut kansainvälinen mittari, jonka käänöksissä ja validaatioprosesseissa on pyritty erityiseen tarkkuuteen. Suomessa kyselylomakkeesta on kokemuksia useissa kunnissa. Tutkimuksen arvo- ja asennemittari oli osana PubPri -tutkimusryhmän kyselylomaketta, jolla kerättiin poikittaisaineistoa väestökyselyllä (N=2799) yliopistosairaala-kaupungeissa. Väittämäpatteriston sisältänyt kyselylomake testattiin silloin kahdesti (N=37, N=13) ennen aineiston keruuta.

Henkilöstön kyselylomake laadittiin PubPri -ryhmässä tätä tutkimusta varten. Tutkimuksen arvoja ja asenteita mittaavaa väittämäpatteristo oli sama kuin asiakkaan kyselylomakkeessa. Kyselylomake testattiin terveydenhuollon ammattilaisilla (N=8) ennen aineiston keruuta. Lomaketta voidaan pitää riittävän validina, mutta se on hajanainen. Taustatietoja kysyttiin tarkoituksellisesti vähän, jotta pienten organisaatioiden vastaajia ei pystytä tunnistamaan. Siksi esimerkiksi vastaajien ikä ja sukupuoli jätettiin kyselylomakkeesta kokonaan pois. Analyysimenetelmien valinnassa pyrittiin huomioimaan henkilöstön taustatietojen puuttuminen. Vaikka kyseinen valinta oli tietoinen, voidaan sitä pitää työssä myös puutteena. Kyselyyn vastanneen henkilökunnan määrä oli vuosittain melko pieni ja vastaajien määrä vaihteli ammattiryhmittäin. Tällä on vaikutusta tulosten yleistettävyyteen.

Laadullista aineistoa edustivat muutamat strukturoimattomat kysymykset, joihin vastaajat saivat vastata omin sanoin. Laadullisesti analysoidulle vastauksille luo haasteita tuotetun tiedon uskottavuus ja luotettavuus (Eskola & Suoranta 1998, 212). Tutkimuksessa saatiin laadullista aineistoa melko paljon, koska tutkimusaineisto kerättiin kolmena peräkkäisenä vuonna. Luonteeltaan aineisto oli itseään toistavaa, hajanaista ja osin pelkistettyä. Tutkimuksen laadullista aineistoa käytettiin siksi vain tuomaan havainnollistavia esimerkkejä tekstiin.

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja tutkimusongelmat ohjasivat myös analysoitavien muuttujien ja analyysimenetelmien valintaa. Muutoksia pal-

veluorganisaatioissa lähestyttiin rajatusti teoriasta valituilla tasoilla (ks. esim. Metsämuuronen 2005, 43). Ristiintaulukointi on tilastollinen perusanalyysimenetelmä, jolla tarkastellaan selittävien ja selitettävien muuttujien suhteita (esim. Tähtinen & Kaljonen 1996, 66). Työn ymmärtämisen kannalta tärkeimpien muuttujien tiedot löytyvät tekstistä. Muut olennaiset muuttujat on esitetty ristiintaulukoiteina ja prosenttijakaumina liitetaulukoissa.

Selittävällä tasolla, jolla etsitään muuttujaspesifisiä muutoksia, aineistot analysoitiin MCA-moniluokitteluanalyysillä, diskriminaatio- eli erotteluanalyysillä sekä kontekstuaalianalyysillä. Keskeistä analyysimenetelmien valinnalle oli ryhmien vertailtavuus. MCA muistuttaa monimuuttujaista regressioanalyysiä, joka oli myös vaihtoehtona analyysimenetelmäksi. Molemmista analyysimenetelmissä on samanlaiset oletukset: selitettävän muuttujan jakauma ei saa olla liian vino ja selittävien muuttujien tulee olla toisistaan riippumattomia (korreloimattomia). Regressioanalyysi on ehdottomampi edellä mainittujen oletusten toteutumiselle. (Jokivuori & Hietala 2007, 7–8.).

Erotteluanalyysi muistuttaa monen tulosmuuttujan varianssianalyysiä. Erotteluanalyysillä pyritään kuitenkin löytämään annetuista muuttujista sellainen ulottuvuus, joka erottelee ryhmiä mahdollisimman hyvin. Molempien perusoleukset ovat samat kuin varianssianalyysillä eli multinormaalijakauma sekä varianssien tai kovarianssien samankaltaisuus eri ryhmissä. Erotteluanalyysi kestää paremmin kyseisistä oletuksista poikkeamisen. (emt, 120–121.) Erotteluanalyysin tilalle oli mahdollisuus valita myös regressioanalyysi. Molemmat analyysimenetelmät tekevät ennustavan mallin useammasta selittävästä muuttujasta. Ensin mainittu valittiin menetelmä kuitenkin tutkimukseen siksi, että se ennustaa, mitkä muuttujat erottelevat ryhmiä parhaiten (Brace, Kemp & Snelgar 2003, 252). Erotteluanalyysin tuloksia täydennettiin kontekstuaalianalyysillä. Sen avulla arvioitiin, kuinka yhteneviä samassa organisaatiossa työskentelevien henkilöiden näkemykset olivat.

Tulosten kykyä selittää palveluorganisaatioiden eroja ei voida pitää varsinaisesti kausaalisenä selittämisenä, koska kuten todettiin, yhteiskunnallisiin ilmiöihin vaikuttaa aina monta tekijää. Tätä kuvaa Jokivuoren & Hietalan (2007, 37) mukaan se, että yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa korrelaatiota 0.20 - 0.40 pidetään jo selvänä ja  $x:n$  katsotaan selittävän olennaisesti  $y:n$  vaihtelua. Tässä tutkimuksessa esille tulleita eroja voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavina, varsinkin silloin kun ilmiöt toistuivat perättäisinä vuosina. Toisaalta tiettyjä tutkimustuloksia, kuten asiakkaiden taustamuuttujien yhteyttä arvioituun palvelun laatuun, voidaan pitää suhteellisen luotettavina, koska aikaisemmista tutkimuksista on saatu vastaavia tuloksia. Tutkimuksen reliabiliteettia parantaa myös tietoisuus siitä, että tutkimuksen kysely voidaan toistaa seurantaotoksena (Uusitalo 1999, 84–85).

Kokonaisuutena tutkimukseen ei liittynyt suuria eettisiä ongelmia. Sekä työntekijät että asiakkaat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heidän anonymiteettinsä turvattiin kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Esimerkiksi kyselylomake oli haluttaessa mahdollisuus postittaa suoraan tutkijalle ilman välikäsiä.

## 6.2 KESKEISET TUTKIMUSTULOKSET JA PÄÄTELMÄT

Keskeisimmät tutkimustulokset esitetään tiivistetysti tutkimuskysymyksittäin. Tulosten jälkeen esitetään niistä johdetut päätelmät tutkimustehtäväkohtaisesti. Tutkimuksen päätehtävään vastataan viimeisenä.

### 1. Miten asiakkaiden taustamuuttujat ovat yhteydessä kokemuksiin palvelujen laadusta?

Taustamuuttujista myönteisiin kokemuksiin palvelujen laadusta vaikuttivat eniten korkea koulutus, kyselyhetken hyvä terveydentila, julkisella sektorilla saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy sekä hieman vaihtelevasti ikäryhmä. Suuntaus säilyi samana kaikkina kolmena tutkimusvuonna. Sairauden pitkäaikaisuudella ei ollut yhteyttä laatukokemuksiin. Pitkäaikaisesta sairaudesta huolimatta suurin osa kyseisistä asiakkaista arvioi terveydentilansa kohtalaiseksi tai hyväksi. Tulos terveydentilan ja iän vaikutuksesta myönteisiin palvelukokemuksiin oli samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (esim. Danielsen ym. 2010, Glynn ym. 2004).

Vertailun lähtökohdat olivat hyvät, koska terveysasemien asiakasryhmät olivat melko vakiintuneita, eikä taustamuuttujissa tapahtunut suuria muutoksia kolmen vuoden aikana. Työterveyshuollon asiakkaat oli suljettu tutkimuksen ulkopuolelle. Yksityisessä lääkärikeskuksessa Hemossa, jonne asiakkaat hakeutuivat pääosin vapaaehtoisesti tai vakuutusten ohjaamina, vastaajat olivat selkeästi nuorempia kuin muissa yksiköissä. Heillä oli pääosin korkea koulutus ja hyvä terveydentila. Hollolan julkisen Salpakankaan terveysaseman asiakkaat olivat niin ikään hyvin koulutettuja, ja omalääkärijärjestelmän ansiosta asiakkaat pääsivät myös lähes aina saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolle. Molemmilla terveysasemilla asiakkaat arvioivat palvelun laadun hyväksi. Lahdessa julkisella terveysasema Jalkaranta-Metsäkankaalla ja ulkoistetulla Launeella asiakkaat olivat iäkkäämpiä, heillä oli enemmän pitkäaikaisia sairauksia ja heidän koulutustasonsa oli edellisten yksiköiden asiakkaita alhaisempi. Lisäksi saman lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy onnistui huonosti. Viimeksi mainittu vaikutti heikentävästi asiakkaiden palvelun laadun kokemuksiin.

Tutkimuksen taustamuuttujat selittivät ensimmäisenä vuonna 13 %, toisena vuonna 24 % ja kolmantena vuonna 22 % asiakkaiden kokeman palvelun laadun vaihtelusta. Vaikka lukuja voidaan pitää yhteiskunnallisessa tutkimuksessa merkitsevinä, taustamuuttujat selittävät vain osan palvelujen laadun kokemuksesta.

**Päätelmä I:** Taustatekijöistä myönteisiin kokemuksiin palvelujen laadusta vaikuttivat eniten asiakkaiden korkea koulutus, kyselyhetken hyvä terveydentila, julkisella sektorilla saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy sekä hieman vaihtelevasti myös ikäryhmä. Sairauden pitkäaikaisuudella ei ollut yhteyttä siihen, millaisena palvelujen laatu koettiin. Kyseiset taustamuuttujat pysyivät kolmen vuoden ajan lähes samoina ja selittävät asiakkaiden palvelukokemuksia samalla tavoin julkisessa, yksityisessä ja ulkoistetussa palvelun-

tuottajaorganisaatiossa. Julkisessa keskustelussa esiin tullut terveydenhuollon kaksikerroksisuus näkyi tässä tutkimuksessa erityisesti Lahdessa. Yksityisen lääkärikeskuksen asiakkaat olivat nuorempia ja enin osa heistä oli mukana työelämässä. Terveyskeskuksissa sen sijaan asioi suurimmaksi osaksi vanhuksia ja muita työelämän ulkopuolella olevia henkilöitä.

## **2. Miten asiakkaiden preferenssit ja kokemukset palvelujen laadusta eroavat erilaisissa perusterveydenhuollon palveluntuottajaorganisaatioissa?**

Asiakkaiden preferensseissä oli terveysasemakohtaisia eroja. Preferenssit pysyivät kuitenkin terveysasemittain kolmen vuoden aikana melko samankaltaisina. Tutkimuksessa yksityismyönteisimmäksi osoittautuivat Hemon asiakkaat. Tämä näkyi erityisesti kahden ensimmäisen vuoden tuloksissa. Hemon asiakkaiden yksityismyönteisyys tuli eniten esiin ideologisissa väittämissä, kuten "Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle" tai "Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain". Tämä vahvistaa sekä Vuoren ja Kingsleyn (1999) että Propperin (2000) näkemyksiä yksityisten palvelujen käyttäjien yksityismyönteisyydestä. Toisaalta sektoripreferenssiteorian väitteelle siitä, että yksityisten palvelujen käyttäjillä on kielteinen mielikuva julkisista palveluista, vaikka he eivät olisi niitä käyttäneetkään, ei tässä tutkimuksessa saatu näyttöä, koska suurin osa yksityisellä terveysasemalla kyselyyn vastanneista asiakkaista oli käyttänyt yksityisten lisäksi myös julkisia terveyspalveluja.

Salpakankaan terveysaseman asiakkaiden preferenssit vaihtelivat kolmen vuoden aikana yksityismyönteisyys – julkisuusmyönteisyys keskiarvon molemmin puolin. Muiden terveysasemien vastaajista poiketen enemmistö Salpakankaan vastaajista piti tiedotusvälineiden luomaa kielteistä kuvaa julkisista palveluista vääränä. Terveyspalvelut toimivat Hollolassa hyvin ja tämä näkyi myös asiakkaiden asenteissa julkisia palveluja kohtaan. Launeen ja Jalkaranta-Metsäkankaan asiakkaat sijoittuivat preferensseiltään keskiarvon tuntumaan tai keskiarvon julkismyönteisemmälle puolelle. Näillä terveysasemilla enemmistö asiakkaista kannatti esimerkiksi julkisten palvelujen tukemista enemmän verovaroin. Näin ollen yksityiselle toimijalle ulkoistetun Launeen asiakkaiden preferenssien muuttumista yksityismyönteisempään suuntaan ei tutkimuksessa kolmen vuoden aikana havaittu. Suomalaiseen yhteiskuntaan kiinteästi liittyvät arvot, kuten omistusasuminen tai ansiosidonnaisen työttömyysturvan säilyttäminen, saivat enemmistön kannatuksen kaikilla terveysasemilla.

Asiakkaat kokivat yleisesti palvelujen laadun terveysasemilla hyväksi. Kokemuksissa oli kuitenkin terveysasemakohtaisia eroja. Kuten aikaisemmin todettiin, taustamuuttajat selittivät osan koetun palvelun laadun eroista. Sen lisäksi muillekin tekijöille jää paljon selitettävää. Ensimmäisenä ja toisena vuotena ryhmiä erottelevina tekijöinä korostuivat erityisesti puhelinpalvelun ja ilmoittautumisen eri vaiheet sekä terveysaseman toimintaympäristö. Kolmantena vuonna eroja syntyi myös kokemuksissa lääkärin ammattitaidosta. Ulkoistetulla Launeella lääkäriin pääsy näytti helpottuvan jonkin verran kolmen vuoden tut-



kimusjakson loppua kohti. Lääkärivajeen helpottuminen näkyi toisaalta asiakkaille lääkärin vaihtuvuutena ja ulkomaalaisten lääkärin määrän lisääntymisenä. Tämä tukee Tiilikan, Palukan & Tolkin (2009) tutkimustulosta, jonka mukaan lääkäreiden vaihtuvuus ja asiakassuhteiden lyhytkestoisuus nähdään ulkoistetun terveysaseman palvelussa merkittävänä ongelmana. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden huono kielitaito sai asiakkaat epäilemään myös heidän ammattitaitoaan. Suuri osa asiakkaista toivoi oma lääkäri -järjestelmää takaisin.

Palvelun tavoitettavuus eli puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle sai kaikkina kolmena vuonna suurimman painoarvon terveysasemien palvelujen eroissa. Sisustus nousi esiin merkittävimpänä toimintaympäristön erona. Hemo ja Salpakangas onnistuivat asiakkaidensa mielestä tarjoamaan käytössä olleella arviointiasteikolla kaikilla osa-alueilla laadullisesti hyvää palvelua. Jalkaranta-Metsäkankaalla ja Launeella asiakkaille tuotti eniten ongelmia puhelinyhteys terveysasemalle. Asiakkaat arvioivat myös muut palvelun osa-alueet jonkin verran edellä mainittuja terveysasemia heikommiksi. Asiakkaiden kokemukset palvelujen laadusta eivät muuttuneet olennaisesti kolmen vuoden aikana. Ulkoistetun Launeen terveysaseman palvelun laatu pysyi asiakkaiden arvioinneissa samalla tasolla kuin Lahden julkisella Jalkaranta-Metsäkankaan terveysasemalla. Tulos oli samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (esim. Johnson ym. 2000), joiden mukaan yksityisen organisaation toimintatavat omaksutaan muutoksessa vähitellen.

**Päätelmä II:** Asiakkaiden preferensseissä oli terveysasemakohtaisia eroja. Terveysasemittain preferenssit pysyivät kuitenkin kolmen vuoden aikana melko samanlaisina. Yksityismyönteisimpinä näyttäytyivät yksityisen Hemon asiakkaat. Julkisen Salpakankaan asiakkaiden preferenssit vaihtelivat yksityismyönteisyyden ja julkisuusmyönteisyyden keskiarvon molemmin puolin. Salpakankaan asiakkaiden taustat olivat samansuuntaiset Hemon asiakkaiden kanssa. Toisaalta Salpakankaalla julkiset terveyspalvelut toimivat hyvin ja asiakkaat näkivät esimerkiksi väittämän ”Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea” vääränä. Ulkoistetun Launeen ja julkisen Jalkaranta-Metsäkankaan asiakkaat sijoittuivat preferensseiltään keskiarvon tuntumaan tai keskiarvon julkismyönteisemmälle puolelle. Ulkoistetun Launeen asiakkaiden preferensseissä ei havaittu kolmen vuoden aikana muutosta yksityismyönteisempään suuntaan.

**Päätelmä III:** Asiakkaat kokivat palvelujen laadun terveysasemilla kaiken kaikkiaan hyväksi. Kokemukset vaihtelivat kuitenkin terveysasemittain. Puhelinpalvelu, ilmoittautumisen osa-alueet sekä toimintaympäristö pysyivät erottelevina tekijöinä kaikissa kolmessa kyselyssä. Suurin painoarvo erottelevista laadun osatekijöistä oli puhelinyhteyden saamisella terveysasemalle. Yksityisessä Hemossa ja julkisella Salpakankaan terveysasemalla asiakkaiden kokemukset palvelun laadusta olivat kaikilla palvelualueilla hyviä. Julkisella Jalkaranta-Metsäkankaalla ja ulkoistetulla Launeella asiakkaiden kokemukset olivat jonkin verran huonompia kuin edellä mainituilla terveysasemilla. Tärkein erotteleva tekijä oli puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle. Tässä tutkimuk-

nessä käytössä olleella arviointiasteikolla mitattuna ulkoistetun Launeen terveysaseman palvelujen laadussa ei kolmen vuoden aikana tapahtunut olennaisia muutoksia. Asiakkaiden kokema palvelujen laatu ulkoistetulla terveysasemalla oli lähellä Lahden julkisen terveysaseman palvelun tasoa.

### **3. Miten henkilöstön sitoutuminen ja preferenssit eroavat kyseisissä organisaatioissa?**

Myös henkilöstön preferensseissä oli terveysasemakohtaisia eroja. Preferenssit pysyivät pääpiirteissään terveysasemittain kolmen vuoden aikana melko samankaltaisina. Samoin kuin asiakkaiden myös henkilöstön preferenssit olivat yksityisyyntönteisimmät yksityisessä Hemossa. Tulos toistui samansuuntaisena kaikkina kolmena vuotena. Ulkoistetun Launeen henkilöstö oli kahtena ensimmäisenä vuonna Salpakankaan ja Jalkaranta-Metsäkankaan tavoin julkisyyntönteinen. Kolmantena vuonna Launeen henkilöstön preferenssit asettuivat kuitenkin keskiarvon tuntumaan eli ne olivat muuttuneet julkisyyntönteisestä hieman yksityisyyntönteisempään suuntaan. Yksittäisenä tähän tutkimustulokseen tulee suhtautua kriittisesti. Kuitenkin on mahdollista, että tulos tukee Vuoren & Kingsleyn preferenssiteoriaa (1999) siltä osin, että myös ammatilliset yhteisöt siirtävät kulttuurinsa ja sitä kautta preferenssinsä uusille jäsenilleen.

Henkilökunnan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät vaihtelivat terveysasemittain. Ryhmiä erotteli eniten palkkaus, omiin työaikoihin ja työtä koskeviin päätöksiin vaikuttaminen. Myös työyhteisön toimivuus sekä työn organisointi ja suunnittelu jakoi ryhmiä. Tämä tukee Meyerin (1982); Perryn ja Raineyn (1988) tutkimustuloksia, joiden mukaan julkisten organisaatioiden ominaispiirteet kuten kannustimien puute, monet vastakkaiset tavoitteet, säännöt, sääntely ja rajoitteet voivat hidastaa muutoksen etenemistä instituutiossa. Arendtin (2002) näkemys siitä, että julkinen arvostus ja status voivat tyydyttää yksilön tarpeita palkan tavoin, ei saanut tutkimuksessa vahvistusta.

Työaikoihin ja työjärjestelyihin pystyivät parhaiten vaikuttamaan lääkärit. He olivat myös tyytyväisimpiä työn suunnitteluun ja organisointiin ja kokivat työtehtävien jakautuvan oikeudenmukaisesti. Vastaavasti tyytymättömyyksiä edellä mainittuihin asioihin olivat perus-/ lähihoitajat. Suoritukseen liittyvästä palkkauksesta olivat eniten samaa mieltä lääkärit ja eniten eri mieltä sairaanhoitajat.

Palkkaukseen sekä omiin työaikoihin ja työtä koskeviin päätöksiin olivat tyytyväisimpiä Hemon työntekijät. Myös Salpakankaalla suunta oli samankaltainen lukuun ottamatta keskimmäisen tutkimusvuoden poikkeamaa sitoutumisessa. Tulos voi olla yhteydessä Salpakankaan terveysaseman liittymiseen liikelaitos Oivaan. Muutoksen tuoma epävarmuus saattoi näkyä henkilöstön vastauksissa. Sitä vastoin Launeella ja Jalkaranta-Metsäkankaalla kyseiset sitoutumiseen vaikuttavat tekijät eivät näyttäneet toteutuvan samassa määrin kuin Hemossa ja Salpakankaalla. Viimeisenä vuonna Launeen henkilöstön sitoutuminen erosi kuitenkin olennaisesti Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstön sitoutumisesta. Launeella kehitys oli edennyt hieman Salpakankaan ja Hemon suuntaan. Tulos on samansuuntainen preferenssien muutosten kanssa.

**Päätelmä IV:** Henkilöstön preferensseissä oli terveysasemakohtaisia eroja. Preferensseiltään yksityismyönteisin oli yksityisen Hemon henkilöstö. Vastaavasti kaikkina kolmena vuonna Hollolan julkisen Salpakankaan ja Lahden julkisen Jalkaranta-Metsäkankaan henkilöstöt olivat julkismyönteisiä. Kolmantena vuonna ulkoistetun Launeen henkilöstön preferenssit olivat muuttuneet julkismyönteisestä hieman yksityismyönteisempään suuntaan. Yksittäisenä tulokseen tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti.

**Päätelmä V:** Henkilökunnan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät vaihtelivat terveysasemittain ja ammattiryhmittäin. Palkkaus, mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihin ja työtä koskeviin päätöksiin sekä työyhteisön toimivuus, työn organisointi ja suunnittelu jakoi ryhmiä. Vastausten perusteella nämä asiat toteutuivat parhaiten yksityisessä Hemossa. Myös julkisella Salpakankaalla henkilöstön sitoutuminen oli samansuuntainen kuin Hemossa keskimmäistä vuotta lukuun ottamatta. Poikkeama saattoi johtua terveysaseman liittymisestä liikelaitos Oivaan. Ulkoistetulla Launeella ja julkisella Jalkaranta-Metsäkankaalla kyseiset sitoutumiseen vaikuttavat tekijät toteutuivat huonommin. Viimeisenä vuonna Launeen henkilöstön sitoutuminen parani hieman. Tulos tukee havaintoa preferenssien muutoksesta. Tyytyväisimpiä työolosuhteisiinsa olivat lääkärit.

#### **4. Organisaatioiden toiminnan ja toimijoiden vertailulla tuottaa toisaalta lisätietoa julkisista ja yksityisistä palveluntuottaja-organisaatiosta ja toisaalta tietoa muutoksesta, kun palveluntuottaja vaihtuu julkisesta yksityiseksi.**

Tämä tutkimuksen päätehtävä yhdistää lyhyesti tutkimuksen teorian ja empiirisen osuuden. Tutkimuksen näkökulmaksi valittiin institutionaalinen teoria, jonka valintaa perusteltiin suhteessa muihin muutosteorioihin, aikaisempiin tutkimuksiin ja tutkimuskysymyksiin. Teorian kolme tasoa valittiin tutkimukseen siksi, että ne ovat Scottin (1995/2001) mukaan instituutioiden perusta. Tässä tutkimuksessa lainsäädäntö, henkilöstön ammatillisuus ja asiakkaiden palvelukokemukset muodostivat tutkittavan instituution perustan. Sekä tutkimuksessa keskeinen sektoripreferenssiteoria että institutionaalisen teorian kulttuuris-kognitiivinen taso perustuvat Bergerin ja Luckmannin (1966) sosiaalikonstruktivistiseen ajatteluun.

**Kulttuuris-kognitiivisella tasolla tarkasteltiin asiakkaiden ja henkilöstön preferenssejä sekä asiakkaiden kokemuksia palvelujen laadusta.** Kulttuuris-kognitiivisella alueella tutkimusta ohjasi sektoripreferenssiteorian mukainen oletus, että jonka mukaan preferenssit vaikuttavat asiakkaiden palvelukokemuksiin (Vuori ja Kingsley 1999). Sektoripreferenssiteorian mukaan myös subjektiivinen todellisuus julkisista ja yksityisistä palveluista sisäistyy kulttuurissa ja siirtyy näin sukupolvelta toiselle. Asiakkaiden preferensseissä oli terveysasemakohtaisia eroja. Preferensseiltään yksityismyönteisimpiä olivat yksityisen lääkäriaseman asiakkaat. Preferenssit olivat kolmen vuoden ajan myös suhteellisen pysyviä. Tutkimustulokset tukevat näiltä osin sektoripreferenssiteorian näkemyksiä.

Toisaalta sektoripreferenssiteorian väitteelle yksityisten terveyspalvelujen käyttäjien kielteisestä asennoitumista julkisia terveyspalveluja kohtaan, vaikka he eivät olisi niitä käyttäneetkään, ei tässä tutkimuksessa saatu näyttöä. Suurin osa yksityisellä terveysasemalla kyselyyn vastanneista asiakkaista oli käyttänyt yksityisten lisäksi myös julkisia terveyspalveluja. Niin ikään julkisten palvelujen yksityistämistä vastusti suurin osa kaikkien terveysasemien asiakkaista. Tiedotusvälineiden luoma kielteinen kuva julkisista palveluista koettiin oikeana ulkoistetulla Launeella. Tulos on ristiriitainen, koska Launeen asiakkaat olivat muilta preferensseiltään julkismyönteisiä. Tiedotusvälineitä koskeva preferenssin voi tässä tapauksessa tulkita enemmänkin asiakkaiden kokemaksi todelliseksi tilanteeksi kuin ideologiseksi arvoksi, koska samaan aikaan asiakkailla oli suuria ongelmia lääkäriin pääsyssä.

Tässä tutkimuksessa henkilöstön preferenssit sijoittuvat kulttuuris-kognitiivisen ja normatiivisen tason raja-alueelle. Julkisen terveysaseman ulkoistuksessa yksityiselle taholle kohtaavat erilaiset palveluntuottajien arvomaailmat. Yksityisessä yrityksessä toimintaa ohjaavat liiketaloudelliset periaatteet. Toiminnan ulkoistuksessa työntekijöiden on sopeuduttava suhteellisen nopeasti uuden työnantajan arvoihin. Toisaalta jokaista työntekijää ohjaavat myös ammatillisuus ja jokaisen omat sosiaalisista ja kulttuurisista taustoista syntyneet preferenssit ja kokemukset julkisista ja yksityisistä palveluista. Tutkimuksessa henkilöstön arvot eli tässä tutkimuksessa preferenssit osoittautuivat suhteellisen pysyviksi. Preferensseiltään yksityismyönteisin oli yksityisen Hemon henkilöstö. Ulkoistetun Launeen henkilöstön preferenssit muuttuivat viimeisessä kyselyssä julkismyönteisestä hieman yksityismyönteisempään suuntaan. Tulos voidaan toisaalta ymmärtää institutionaalisen muutoksen hitautena, toisaalta se tukee Vuoren ja Kingsleyn 1999 käsitystä ammatillisesta sekundaarisosialisaatiosta, jossa työntekijät omaksuvat uuden työyhteisön arvot vähitellen.

**Normatiivisella tasolla** tarkasteltiin henkilöstön sitoutumista. Sektoripreferenssiteorian sekundaarisosialisaation mukainen oletus henkilöstön preferenssien muutoksesta ja asteittaisesta sitoutumisesta uusiin olosuhteisiin ohjasi tutkimusta myös normatiivisella tasolla. Tutkimuksen alkaessa Launeen terveysaseman toiminta oli puolta vuotta aikaisemmin ulkoistettu yksityiselle toimijalle. Siksi erityisesti Launeen henkilöstön sitoutumisen taso sekä mahdollinen sekundaarisosialisaation mukainen muutos yksityismyönteisempään suuntaan oli tutkimuksen keskiössä. Sitoutuneinta henkilöstö oli Hemossa ja Salpakankaalla. Palkkaus, mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihin ja työtä koskeviin päätöksiin sekä työyhteisön toimivuus, työn organisointi ja suunnittelu erottelivat sitoutumista eri terveysasemilla. Ammattiryhmistä sitoutuneimpia olivat lääkärit. Viimeisessä kyselyssä Launeen henkilöstön sitoutuminen oli lähentynyt hieman Hemon ja Salpakankaan henkilöstön sitoutumista. Tulos vahvistaa käsitystä sekundaarisosialisaation hitaasta etenemisestä ja sen voi katsoa olevan yhteydessä edellä mainittuihin preferenssien muutoksiin.

**Regulatiivisella tasolla tarkasteltiin lainsäädännön ja kustannusten vaikutusta terveydenhuollon uudistuksiin Lahdessa ja Hollolassa.** Regulatiivisella tasolla lainsäädäntö ja muut muodolliset säännöt luovat puitteet instituu-

tioiden toiminnalle (Scott 1995/2001, 51–52). Tässä tutkimuksessa regulatiivisen tason aineistoa, lainsäädäntöä, tarkasteltiin annettuna. Asetus (1019/2004) hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä eli ns. hoitotakuu tuli voimaan 1.3.2005. Se aiheutti lisäpaineita perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen erityisesti Lahdessa, jossa jo ennestään oli pulaa lääkäreistä ja vaikeuksia palvelujen järjestämisessä. Hoitotakuun voidaan katsoa nopeuttaneen päätöksiä terveysasemien ulkoistamisesta, koska muihin kuntiin verrattuna erityisiä taloudellisia paineita terveydenhuollon ulkoistamiseen ei ollut.

Toinen olennainen laki tässä tutkimuksessa oli puitelaki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (Paras -hanke) (L 169/2007), joka edellyttää perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisessä eräitä poikkeustapauksia lukuun ottamatta 20 000 asukkaan väestöpohjaa. Kunnat voivat liittyä yhteen, niistä voidaan liittää osia toisiinsa tai ne voivat muodostaa yhteistoiminta-alueita. Päijät-Hämeessä, Asikkalan, Hollolan, Hämeenkosken, Kärkölan ja Padasjoen kunnat yhdistivät sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut ja muodostivat Oiva-liikelaitoksen. Tutkimuksessa mukana ollut Salpakankaan terveysasema liitettiin vuoden 2007 alusta liikelaitos Oivaan.

**Päätelmä VI:** Tässä tutkimuksessa tuotettiin lisätietoa julkisesta, yksityisestä ja ulkoistetusta palveluntuottajaorganisaatiosta. Organisaatioiden vertailua varten kehitettiin institutionaalisen vertailun malli. Mallin ohjaamana tuotettiin uutta tietoa asiakkaiden ja henkilöstön preferensseistä, asiakkaiden palvelun laadun kokemuksista sekä henkilöstön sitoutumisesta.

### **6.3 TUTKIMUKSEN YHTENVETO JA JATKOTUTKIMUS-AIHEET**

Terveyshallintotieteelle tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa julkisesta, yksityisestä sekä yksityiselle toimijalle ulkoistetusta julkisesta terveydenhuollon palveluntuottajaorganisaatiosta. Tieto kohdistuu terveydenhuollon asiakkaiden ja ammattilaisten arvoihin ja asenteisiin, asiakkaiden kokemuksiin palvelujen laadusta sekä ammattilaisten sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Kyseessä on pitkittäistutkimus. Tutkimukseen valittiin institutionaalista teoriasta kolme tasoa: regulatiivinen, normatiivinen ja kulttuuris-kognitiivinen taso, joihin perustuen kehitettiin institutionaalisen vertailun malli. Mallia voidaan mahdollisesti soveltaa myös muiden institutionaalisten organisaatioiden vertailuun. Suomessa ei ole aikaisemmin toteutettu perusterveydenhuollon organisaatioiden vertailua tässä laajuudessa. Siksi tutkimus tuottaa, paitsi empiiristä, myös menetelmällistä tietoa julkisista ja yksityisistä organisaatioista. Sen toivotaan syventävän ymmärrystä julkisista ja yksityisistä palveluntuottajista ja tuottavan hyödynnettävää tietoa terveyshallintotieteen koulutukselle.

Yhteiskunnallisesti arvioituna tutkimus tuottaa ajankohtaista tietoa perusterveydenhuollon organisaatioiden eroista. Uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326) lisää asiakkaiden terveyspalvelujen valinnan mahdollisuuksia. Asiakkaalla on jo nyt oikeus mennä mihin tahansa terveyskeskukseen oman kunnan tai kun-

tayhtymän alueella. Päätös terveyskeskuksen valinnasta on voimassa vähintään vuoden. Vuoden 2014 alusta lähtien valinnanvapaus on laajenemassa Suomen kaikkiin terveyskeskuksiin. Näin ollen asiakkaat tulevat arvioimaan palvelujen laatua entistä tarkemmin ja huonosti toimivien terveyskeskusten on panostettava entistä enemmän toimintansa kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään terveydenhuollon organisaatioiden luonnetta ja sitä kautta näkemään, miten uudistuksia terveydenhuollossa voidaan toteuttaa. Terveydenhuollolta on odotettu nopeaa reagointia toimintaympäristön muutoksiin. Toisaalta kuitenkin terveydenhuollon organisaatiot ovat instituutioita, jotka ovat pysyneet lähes muuttumattomina vuosikymmeniä. Tutkimustulokset osoittavat, että muutokset organisaatioissa olivat hitaita. Kolmen vuoden pitkittäistutkimuksessa havaitut muutokset osoittautuivat vähäisiksi. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että terveydenhuollon uudistuksissa on ymmärrettävä organisaatioiden institutionaalinen luonne, jolle ominaista on pysyvyys.

Tutkimuksen alkaessa ulkoistaminen oli Suomessa vielä suhteellisen harvinaista. Nyt kymmenet kunnat ovat ulkoistaneet terveydenhuoltoaan eri syistä ja eri laajuudessa. Aikaisemmin suurin osa tutkimuksesta, ja myös keskustelusta, on kohdentunut ulkoistamisen taloudellisiin hyötyihin. Tässä tutkimuksessa sitä tarkasteltiin asiakkaiden ja henkilöstön näkökulmasta. Organisaation toiminnan ulkoistaminen voi tapahtua monella tavalla. Lahdessa terveysasemalla toteutettiin osa-alueen ulkoistaminen. Kokonaisulkoistamisessa, jossa toiminnan tuotanto kokonaisuudessaan siirtyy pois palvelujen tilaajalta, ulkopuolisella palveluntuottajalla on enemmän mahdollisuuksia uudistaa toimintaa. Siksi tämän tutkimuksen tuloksia ei voi suoraan soveltaa kokonaisulkoistamiseen.

Julkisessa keskustelussa arvellaan julkisen perusterveydenhuollon institutionaationa menettäneen ajan myötä tehokkuuttaan. Zuckerin (1991) mukaan aikaisemmin hyväksi havaittujen toimintamallien muuttuminen tai häviäminen luo yleensä mahdollisuuden uuden instituution synnylle. Tässä tutkimuksessa vanha toimintamalli ei kuitenkaan hävinnyt, vaan yksityinen yritys jatkoi julkisen terveysaseman toimintaa vanhan institutionaalisen ympäristön alaisuudessa. Fyysisesti toiminta jatkui samoissa tiloissa ja suurin osa työntekijöistä säilyi samoina. Institutionaalinen pysyvyys näkyi myös siten, että asiakkaat kokivat ulkoistetulla terveysasemalla käyttävänsä edelleen julkisia palveluja ja ensimmäisenä kyselyvuonna niin ikään suurin osa lääkäreistä ilmoitti työskentelevässä julkisella sektorilla, vaikka heidän työnantajansa oli yksityinen yritys.

Merkittävin esiin tullut yksityisen palveluntuottajan uudistus oli ulkomaa-laisten lääkärin palkkaaminen avoimiin lääkärin toimiin. Nopea lääkärivajeen ratkaisuyritys ei kuitenkaan johtanut asiakkaiden kannalta hyvään lopputulokseen, sillä asiakkaiden ja lääkärin välinen vuorovaikutus ei toiminut. Toisaalta yksityinen palveluntuottaja ei saanut ratkaistua suurinta, näennäisesti yksinkertaista terveysaseman ongelmaa, vaikeuksia puhelinpalvelussa. Puhelinpalvelun ongelmien syiden selvittämien voisi olla myös jatkotutkimuksen aihe, varsinkin nyt kun terveydenhuoltolaki edellyttää asiakkaan saavan välittömästi yhteyden



terveysasemalle. Pasternackin mukaan (2003, 689) lääkäreitä ei yleisesti pidetä osallisina terveydenhuollon ongelmiin, vaan pääsyyksi on nähty valtion ja kunnan päättäjien epäonnistuminen terveydenhuollon toiminnan kehittämisessä. Lahden kokemukset osoittavat kuitenkin, että lääkäreiden institutionaalinen rooli on ollut suuri haaste terveydenhuollon uudistusten toteutumiselle.

Muutokset instituutioissa, tässä tapauksessa lääkärivaje, voivat myös vaihtoehtona ulkoistamiselle kannustaa organisaatioita sisäisesti järjestämään ja priorisoimaan toimintojaan uudelleen. Aikaisemmat työn alussa esitellyt tutkimukset ja niiden tulokset tukevat myönteisesti tätä vaihtoehtoa. Timosen (2004) tutkimuksessa hyödynnettiin uutta teknologiaa ja asiakkaat kokivat uuden hoitotavan positiivisena. Saxenin (2009) tutkimuksessa henkilöstö oli lääkärivajeesta huolimatta enimmäkseen motivoitunutta ja tyytyväistä työhönsä. Heillä oli kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa sekä myös kouluttautua sitä varten. Niin ikään Peltosen (2009) tulokset tukevat mahdollisuutta kehittää vastaanotto toimintaa ja siellä toimivien henkilöstöryhmien työnjakoa

Myös Salpakankaan terveysaseman liittämässä liikelaitos Oivaan oli kyse toiminnan ulkoistamisesta. Kunta siirsi aiemmin itse hoitamansa toiminnon toiselle julkiselle toimijalle, kunnalliselle liikelaitokselle. Tässä tutkimuksessa oli siis mukana kaksi ulkoistettua organisaatiota. PubPri -tutkimusryhmän teeman mukaisesti tutkimuksen keskiössä oli kuitenkin yksityiselle taholle ulkoistettu terveysasema. Salpakankaalla asiakkaat ja henkilöstö olivat tyytyväisiä terveysaseman toimintaan ennen ja jälkeen liikelaitokseen liittämisen. Tärkein esiin noussut myönteinen asia oli omalääkärijärjestelmä. Salpakankaan terveysaseman toiminta osoittaa, että kaikesta yleisestä arvostelusta huolimatta julkinen terveysasema voi edelleen toimia hyvin. Hyvin toimiva julkinen terveysasema houkuttelee monipuolisesti eri-ikäisiä asukkaita ja vähentää näin julkisessa keskustelussa esiin tullutta terveystalouden käytön kaksikerroksisuutta.

Tutkimuksesta nousee esille monia ajankohtaisia jatkotutkimusaiheita. Kerätty kolmivuotinen aineisto on laaja ja mahdollistaa itsessään useita jatkotutkimuksia. Teoriaan perehtyminen osoitti, että terveydenhuollon vertailututkimukselle on edelleen tilaa Suomessa. Tämä tutkimus toteutettiin Lahden seudulla. Vastaavan tutkimuksen vieminen uudelle alueelle voisi lisätä tulosten yleistettävyyttä. Niin ikään kolmen institutionaalisen tason soveltaminen muiden, erilaisten organisaatioiden tutkimukseen olisi mielenkiintoista. Pitkittäisellä laadullisin menetelmin toteutetulla vertailututkimuksella saataisiin syvempää tietoa organisaatioiden eroista. Edellä tuli esiin lisätutkimustarve puhelupalvelun ongelmien selvittämisestä. Tutkimustulokset viittaavat myös eroihin organisaatioiden johtamisessa. Näin ollen organisaatioiden johtamisen vertailu on edelleen tärkeää tiedon lisäämiseksi ja organisaatioiden toiminnan kehittämiseksi.

# Lähteet

## KIRJALLISUUS

- Aaltio-Marjosola, I. 1992. Organisaatiot kulttuurin tuottajina ja tuotteina. Tutkimuksen mahdollisuuksia ja suuntia. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja D-168. Helsinki.
- Aarrevaara, T., Haatainen, J., Harisalo R. & Stenvall, J. (toim.) 2000. Kilpailuttaminen joukkoliikenteessä: kilpailuttamisen vaikutusten kartoittaminen, Tampereen yliopiston laitosten julkaisut, Hallintotiede A 22, Tampere.
- Adamopoulos, J. 2008. On the entanglement of culture and individual behavior. Teoksessa van de Vijver, F. J. R, van Hemert, D. A. & Poortinga, Y. H. (toim.) *Multilevel analysis of individuals and cultures*. USA: Psychology Press.
- Alanen, S. 2009. Implementing an evidence-based hypertension guideline into finnish primary care nursing. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Turku.
- Alexander, J. A. & D'Aunno, T. A. 2003 *Alternative perspectives on institutional and market relationships in the U.S. health care sector*. Teoksessa Mick, S. S. & Wytttenbach, M. E. (toim.) *Advances in health care organization theory*. San Francisco, CA: Jossey- Bass, 45–77.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Juva: WSOY.
- Allardt, E. 1983. *Sosiologia*. Juva: WSOY.
- Aluehallintovirasto, [www.avi.fi](http://www.avi.fi)
- Angelopoulou, P., Kangis, P. & Babis, G. 1998. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11, No. 1, 14–20.
- Arendt, H. 2002. *Vita activa. Ihmisenä olemisen ehdot*. Tampere: Vastapaino.
- Aronen, K., Järviö, M-L., Luoma K., ja Rätty, T. 2001, "Yhteistyöllä ja kilpaillen – peruspalvelut 2000 -tutkimusraportti", VATT-julkaisuja 31, Helsinki.
- Asetus 744/1990 yksityisestä terveydenhuollosta.
- Asetus 1019/2004 hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.
- Baldwin, J. N. 1987. Public versus private: not that different, nor that consequential. *Public Personnel Management*, Vol. 16, No. 2, 181–193.
- Baldwin, J. N. & Farley, Q. A. 1991. Comparing the public and private sectors in the United States: a review of the empirical research. Teoksessa Farazmand, A. (toim.) *Handbook of comparative and development public administration*, New York: Marcel Dekker.
- Barley, S. R. & Tolbert, P. S. 1997. Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution. *Organization Studies*, Vol. 18, No. 1, 93–117.
- Barton, A. H. 1980. *A Diagnosis of bureaucratic maladies*. Teoksessa Weiss, C. H. & Barton, A. H. (toim.) *Making bureaucracies work*. Newbury Park, CA: Sage.



- Baum, J. A. 1996. Organizational ecology. Teoksessa Clegg, S., Hardy, C. & Nord, W. R. (toim.) Handbook of organizational studies. Thousand Oaks, CA: Sage, 77–114.
- Baum, J. A. & Oliver, C. 1991. Institutional linkages and organizational mortality. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 36, 187–218.
- Benn, S. I. & Gaus, G. F. 1983. The Public and the private: concepts and action. Teoksessa Benn, S. I. & Gaus, G. F. (toim.) Public and private in social life. Lontoo: Croom Helm, 363–384.
- Berger, P. & Luckmann, T. 1966. The Social construction of reality. A Treatise in the sociology of knowledge. Lontoo: Penguin Books.
- Billis, D. (2010). Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy. London: Palgrave MacMillan.
- Bisin, A. & Verdier, T. 2001. The Economics of cultural transmission and the dynamics of preferences. *Journal of Economic Theory*, Vol. 97, 298–319.
- Björkman, I. 1996. Using different theoretical perspectives to study MNC adaptation to the local environment: The Case HRM practices in China. Teoksessa Ropo, A., Eriksson, P. & Hunt, J. G. (toim.) Global perspectives on processual research on management and organization. University of Tampere, Series C: Conference Papers and Occasional Papers 6. Tampere, 13–40.
- Blau, P. M. On the nature of organizations. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bolin, B. Säästääkö ulkoistaminen kunnan kuluja – kriittisiä havaintoja Karjaalta, Terveyspalvelujen valinta ja organisointi -seminaari, 13.9.2007, Kuopio.
- Bovaird, T. 2006. Developing new forms of partnership with the ‘market’ in the procurement of public services. *Public Administration*, Vol. 84, No. 1, 81–102.
- Bovaird, T. (2011). A Brief intellectual history of the public-private partnership movement. Teoksessa Hodge, G. A., Greve, C. & Boardman, A. E. (toim.) International Handbook on Public and Private Partnerships. UK Cheltenham : Edward Elgar, 43–67.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. 2003. SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for Windows. Toinen painos. New York: Palgrave MacMillan.
- Brint, S. & Karabel, J. 1991. Institutional origins and transformations: the case of American community colleges. Teoksessa Powell, W. W. & DiMaggio, P. J. (toim.) The New institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press, 337–360.
- Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. 2000. Constructing organizations: The Example of public sector reform. *Organization Studies*, Vol. 21, No. 4, 721–746.
- von Bruun, S. 2005. Kuntien tulevaisuus. Kuntajohdon ja asiantuntijoiden näkemyksiä kuntien tulevaisuudesta. Acta-sarja nro 179. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Buchko, A. A. 1994. Barriers to strategic transformation. Teoksessa: Shrivastava P., Huff, A. & Dutton J. (toim.) Advances in strategic management, Vol. 10. Greenwich, CT: JAI Press, 81–106.
- Bunderson, J.S., Lofstrom, S.M., & Van de Ven, A.H. 2000. Conceptualizing and measuring professional and administrative models of organizing. *Organizational Research Methods*, Vol. 3, No. 4, 366–391.

- Burrell, G. & Morgan, G. 1985. *Sociological paradigms and organizational analysis: elements of the sociology of corporate life*. Aldershot: Gower Publishing Company Limited.
- Camilleri, D. & O'Callaghan, M. 1998. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11, No. 4, 127–133.
- Claver, E., Llopis, J., Gascó, J. L, Molina, H. & Conca, F. J. 1999. Public administration. From bureaucratic culture to citizen-oriented culture. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 12, No. 5, 455–464.
- Cohen, L. & Manion, L. 1980. *Research methods in education*. Lontoo: Croom Helm.
- Collier, D. 1993. *The Comparative method*. Teoksessa Finifter, A. W. *Political Science: The State of the Discipline II*. Washington, D.C.: American Political Science Association, 105–119.
- Corbett, M. F. 1998. Outsourcing: beyond buying services. *Facilities Design & Management*, Vol. 17, No.1, 40–43.
- Czarniawska, B. & Joerges, B. 1996. Travels of ideas. Teoksessa Czarniawska, B. & Sevón, G. (toim.) *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter, 13–48.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. 1996. Introduction. Teoksessa Czarniawska, B. & Sevón, G. (toim.) *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter, 1–12.
- Dacin, T. M. 1997. Isomorphism in context: the power and prescription of institutional norms. *Academy of Management Journal*, vol. 40, numero, 46–81.
- Danielsen, K., Bjertnaes, O. A., Garratt, A., Forland, O., Iversen, H. H.,Hunnskaar, S. 2010. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics i Norway. *BMC Family Practice*, 11:73, 1–8
- D'Aunno, T., Succi, M. & Alexander, J. A. 2000. The Role of institutional and market forces in divergent organizational change. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 45, No. 4, 679–703.
- Deephouse, D. L. 1996. Does isomorphism legitimate? *Academy of Management Journal*, Vol. 39, No. 4, 1024–1039.
- Denzin, N. K. 1970. *The research act*. Chicago: Aldine.
- DiMaggio, P. & Powell, W. W. 1983. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in institutional fields. *American Sociological Review*, Vol. 48, 147–160.
- DiMaggio, P. & Powell, W. W. 1991. Introduction. Teoksessa DiMaggio, P. & Powell, W. W. 1991. (toim.) *The New institutionalism in organization analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1–40.
- DiMaggio, P. & Powell, W. W. 1991. (toim.) *The New institutionalism in organization analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dixit, A. 1997. Power of incentives in private versus public organizations. *American Economic Review*, Vol. 87, No. 2, 378–382.
- Domberger, S. 1998. *The Contracting organization*. Oxfod: Oxford University Press.
- Donahue, J. D. 1989. *The Privatization decision. Public ends, private means*. New York: Basic Books.

- Dutton, J. E. & Dukerich, J. M. 1991. Keeping an eye on the mirror: Image and identity in organizational adaptation. *Academy of Management Journal*, Vol. 34, No.3, 517–554.
- Eisenhardt, K. M. 1989. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4, 532–550.
- Engel, G. V. 1970. Professional autonomy and bureaucratic organization. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 15, No. 1, 12–21.
- Epple, D. & Platt, G. J. 1998. Equilibrium and local redistribution in an urban economy when households differ in both preferences and incomes. *Journal of Urban Economics*, Vol. 43, No.1, 23–51.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fasolo, B., Reutskaja, E., Dixon, A. & Boyce, T. (2010) Helping patients choose: how to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient education and counseling*, Vol. 78, No. 3, 344–349.
- Ferris, J. & Graddy, E. 1986. Contracting out: For what? With whom? *Public Administration Review*, Vol. 46, No. 4, 332–344.
- Fill, C. & Visser, E. 2000. The outsourcing dilemma: a composite approach to make or buy decision. *Management Decision*, Vol. 39, No. 1, 43–50.
- Fischer, F. 1998. Beyond empiricism: Policy inquiry in postpositivist perspective. *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 129–146.
- Fligstein, N. & Mara-Drita, I. 1996. How to make a market: Reflection on the European Union's single market program. *American Journal of Sociology*, Vol. 102, No. 1, 1–33.
- Forma, P., Niemelä, M. & Saarinen, A. 2006. Julkisen sektorin uudistus ja hyvinvointipalvelujen muutos muissa Pohjoismaissa. Julkaisussa: Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallisalan kehittämissätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1. Vammala: Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat.
- Forsell, A. 1992. *Moderna tider i sparbanken*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag AB.
- Forsell, A. & Jansson, D. 1996. The Logic of organizational transformation: on the conversion of non-business organizations. Teoksessa Czarniawska, B. & Sevón, G. (toim.) *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter, 93–115.
- Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.) 2006. Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallisalan kehittämissätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1, Vammala: Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat.
- Garfinkel, H. 1967. *Studies in ethnomethodology*. New York: Prentice Hall.
- Genschel, P. 1997. The Dynamics of inertia: institutional persistence and change in telecommunications and health care. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 10, No. 1, 43–66.
- Gilmour, R. S. & Jensen, L. S. 1998. Reinventing government accountability: Public functions, privatization, and the meaning of "State action". *Public Administration Review*, Vol. 58, No. 3, 247–257.
- Granqvist, N. 1997. Privatisering i princip och praktik: en studie av private inslag i finländska kommuners verksamhet. Väitöskirja. Åbo: Åbo Akademi

- Greenwood, R. & Hinings, C. R. 1996. Understanding radical organizational change: bringing together the old and new institutionalism. *Academy of Management Review*, Vol. 21, 1022–1054.
- Grol, R. & Wensing, M. 2000. Patients evaluate general/ family practice. The EUROPEP instrument. Saatavissa: [http://www.swisspep.ch/fileadmin/user\\_upload/de/PDF/EUROPEP/europep.pdf](http://www.swisspep.ch/fileadmin/user_upload/de/PDF/EUROPEP/europep.pdf) (luettu 30.5.2010).
- Grönroos, C. 1987. Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Grönroos, C. 2010. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. 4. painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y.S. 1994. Competing paradigms in qualitative research. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 105–117.
- Haatainen, J. 2003. Bussiliikenteen kilpailuttamisen henkilöstövaikutukset. Tutkimuskohteena pääkaupunkiseudun bussiliikenne. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Habermas, J. 1976. Tieto ja intressi. Teoksessa Tuomela, R. & Patoluoto, I. (toim.) *Yhteiskuntatieteiden filosofiset perusteet. Osa 1*. Helsinki: Gaudeamus, 118–141.
- Halme, M. 1997. Environmental management paradigm shifts in business enterprises. *Acta Universitatis Tamperensis* 542. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hamel, J., Dufour, S. & Fortin, D. 1993. Case study methods – qualitative research methods. Series 32. New York: Sage.
- Hannan, M. T. & Freeman, J. 1977. The Population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, Vol. 82, 929–964.
- Hannan, M. T. & Freeman, J. 1989. *Organizational ecology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harré, R. 1986. *The Social construction of emotions*. Oxford: Basil Blackwell.
- Harrow, J. & Willcocks, L. 1990. Public services management: Activities, initiatives and limits to learning. *Journal of Management Studies*, vol. 27, No. 3, 281–305.
- Hinings, C. R., Greenwood, R., Brown, J. & Cooper, d. 1996. Organizational change: The role of archetypes, environmental dynamics and institutional ideas. Teoksessa Ropo, A., Eriksson, P. & Hunt, J. G. (toim.) *Global perspectives on processual research on management and organization*. University of Tampere, Series C: Conference Papers and Occasional Papers 6. Tampere, 41–75.
- Hirsch, P. M. 1997. Sociology without social structure: Neoinstitutional theory meets brave new world. *American Journal of Sociology*, Vol. 102, 1702–1723.
- Hirsjärvi, S. 1982. Ihmiskäsitys kasvatusajattelussa. Jyväskylän yliopiston kavatustieteen laitoksen julkaisuja 1. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hodge, G. A., Greve, C. & Boardman, A. E. (2011). *International Handbook on Public and Private Partnerships*. UK Cheltenham: Edward Elgar.
- Hodge, G. 2000. Privatization. An International review of performance. Oxford: Westview Press.

- Hodge, G. 2005. Public-private partnerships: the Australasian experience with physical infrastructure. Teoksessa Hodge, G. & Greve, C. (toim.) *The Challenge of Public-Private Partnerships. Learning from international experience*. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, 305–331.
- Hoffman, A. J. 1999. Institutional evolution and change: environmentalism and the U.S. chemical industry. *Academy of Management Journal*, Vol. 42, 351–371.
- Hofstede, G. 1991. *Cultures and organizations: Software of the mind*. New York: McGraw-Hill Book.
- Hoitotakuun valvonta. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden\\_valvonta/hoitotakuun\\_valvonta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta) (luettu 16.4.2011).
- Hood, C. 1991. A public management for all seasons. *Public Administration*, Vol. 69, No. 1, 3–19.
- Hui, C. H. & Triandis, H. C. (1986) Individualism-collectivism: A study of cross-cultural researchers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 17, 225–248.
- Hung, S.-C., Whittington, R. 1997. Strategies and institutions: A Pluralistic account of strategies in the Taiwanese computer industry. *Organisation Studies*, Vol. 18, No. 4, 551–575.
- Husa, J. 2000. Hallinnon juridiikan vertailututkimuksen peruskysymykset. Teoksessa: Salminen, A. (toim.) *Hallintovertailun metodologia, Vaasan yliopisto*. Tutkimuksia 234. *Hallintotiede* 26, 36–66.
- Hyvärinen, O. & Lith, P. 2008. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. *Kunnallisan alan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 10*. Vammala.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä -tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1028. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Hyryläinen, E. 2004. Sopimuksellisuus, talous ja johtaminen. *New Public Management sopimusohjauksessa ja julkisten organisaatioiden sopimustenhallinnassa*. Tutkimuksia 256, *Hallintotiede* 31, Vaasa: Vaasan yliopistopaino.
- Häkkinen, K. 2004. *Nykysuomen etymologinen sanakirja*, 4. painos 2007, WS Bookwell Oy, Juva.
- Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Iivari, A. 1992. Avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytön ja rahoituksen alueelliset erot. Sosiaali- ja terveysministeriö. STM:n monisteita 27. Helsinki.
- Ikola-Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. *Acta Wasaensia* no. 22. *Julkisjohtaminen* 14. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.
- Jennings, P. D. & Zandbergen, P. A. 1995. Ecologically sustainable organizations: an institutional approach. *Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 4, 1015–1052.
- Jensen, P. H. & Stonecash, R. E. 2004. The Efficiency of public sector outsourcing contracts: a literature review. Melbourne Institute Working Paper No. 20/04.

- Jepperson, R. L. 1991. Institutions, institutional effects, and institutionalism. Teoksessa Powell, W. W. & DiMaggio, P. J. (toim.) *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 143–163.
- Johnson, G., Smith, S. & Codling, B. 2000. Microprocesses of institutional change in the context of privatization. *Academy of Management Review*, Vol. 25, No. 3, 572–580.
- Johnston, J. M. & Romzek, B. S. (2010). The Promises, performance and pitfalls of government contracting. Teoksessa Durant, R. F. (toim.) *The Oxford Handbook of American Bureaucracy*. Oxford: Oxford University Press, 396-420.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Jylhä, J. 1992. Palveluorganisaation johtaminen. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Jylhäsaari, J. 2001. Perusterveydenhuollon toimintamallit ja strategiset valinnat. KuntaSuomi -tutkimuksia nro 29. Acta nro 138. Suomen Kuntaliitto.
- Jylhäsaari, J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? *Acta Wasaensia* 212, väitöskirja, Vaasan yliopisto.
- Jäntti, S. 2008. Kansalainen terveystalvija valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 154, Kuopio.
- Jäppinen, H. 1989. (toim.) *Synonymisanakirja*. Porvoo: WSOY.
- Järvelin, J. & Pekurinen, M. 2005. Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottajamalleista. *Stakes, Työpapereita 10*, julkaisussa Konttinen, M. (toim.) *Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä*, Helsinki: Stakes.
- Kallio, O., Martikainen, J-P., Meklin, P., Rajala, T. & Tammi, J. 2006. Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista, *Kunnallistutkimuksia*, Tampere: Tampereen yliopisto. *Kansanterveyslaki 66/1972*.
- Karisto, A., Nummela, O., Konttinen, R., Haapola, I., Valve, R., Uutela, A. & Heikkilä, K. 2003. Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia. Lahti.
- Kast, F. & Rosenzweig J. 1985. *Organization and Management. A Systems and Contingency Approach*. Neljäs painos. New York: McGraw-Hill Inc.
- Kauppinen, A-K., Pietilä, P., Sundbäck, L & Kaleva, H. 2002. Kiinteistöjohtamisen tehostaminen – vaihtoehtona ulkoistaminen. Ulkoistamisen edellytykset ja päätöksenteon mallintaminen. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. Espoo.
- Kettl, D. F. 1993. *Sharing power, Public governance and private markets*, The Brookings Institution, Washington D.C.
- Kiander, J., Luoma, K. & Lönqvist, H. 2001. Julkisten menojen rakenne ja kehitys: Suomi kansainvälisessä vertailussa. Helsinki: VATT.
- Kiviniemi, M. 1985. *Julkisen hallinnon ja toiminnan palvelukykyisyys*. Valtiovarainministeriön järjestelyosasto. Helsinki.

- Klijn, E-H. & Teisman, G. 2005 Public-private partnerships as the management of co-production: strategic and institutional obstacles in a difficult marriage. Teoksessa Hodge, G. & Greve, C. (toim.) *The Challenge of Public-Private Partnerships. Learning from international experience.* Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, 95–116.
- Koivusalo M. 2009. Globalisaatioparadoksi – terveystalitiikka monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Teoksessa: Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus: Helsinki.
- Koivusalo, M, Ollila, E & Alanko, A. 2009. Johdanto. Teoksessa: Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa.* Gaudeamus: Helsinki.
- Kokko, S. & Lehto, J. 1993. *Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 96.* Helsinki.
- Komulainen, M. 2010. *Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palvelujen tuottamismuotona.* Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Koppell, J. G. S. (2006). *The Politics of quasi-government. Hybrid organizations and the dynamics of bureaucratic control.* New York: Cambridge University Press.
- Korppoo, Maijaleena. 2010. *Laatutyöhön sitoutumisen edellytykset ammattikorkeakoulussa.* Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteiden laitos. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 229.
- Koskinen, I. & Mykkänen, J. (1998) Johdanto. Teoksessa Mykkänen, I & Koskinen, J. (toim.) *Asiantuntemuksen politiikka. Professiot ja julkisvalta Suomessa.* Helsinki: Yliopistopaino, 1–29.
- Kraatz, M. & Zajac, E. J. 1996. Exploring the limits of the new institutionalism: the causes and consequences of illegitimate organizational change. *American Sociological Review*, Vol. 61, 812–836.
- Kunnallisan kehittämissäätö. *Kansalaismielipide ja kunnat -Ilmapuntari 2006.* Saatavissa: <http://www.kaks.fi/node/758/> (luettu 8.3.2011).
- Kunnallisan kehittämissäätö. *Kansalaismielipide ja kunnat -Ilmapuntari 2000.* Saatavissa: <http://www.kaks.fi/node/753/> (luettu 8.3.2011).
- Kuntalaki 365/ 1995.
- Kuokkanen, R. 2000. *Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa.* Väitöskirja. Oulu: Oulu university press.
- Kuopila, A. et al. 2007. *Tilaja-tuottaja -toimintatapa – Ideasta käytäntöön.* Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kähkönen, L. 1999. *Kokemuksia kilpailuttamisesta. Tapaustutkimus siivous- ja ruokapalveluiden kilpailuttamisesta Suomen kunnissa 1990-luvulla.* Kunta-alan ammattiliitto KTV ry tutkimusosaston julkaisuja 2. Turenki: Jaarli.
- Kähkönen, L. 2000. *Kilpailuttaminen kuntien tukipalveluissa: tapaustutkimus näennäismarkkinoiden toimivuudesta siivous- ja ruokapalveluissa.* Lisensiaattityö. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.



- Kähkönen, L. 2001. Kilpailuttamisen kustannusvaikutukset Helsingin kaupungin bussi-liikenteessä, kotipalvelun ateriapalveluissa, katujen kunnossapidossa ja koulusii-vouksessa. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 5. Helsinki.
- Lachman, R. 1985. Public and private sector differences: CEOs' perceptions of their role environments. *Academy of Management Journal*, Vol. 28, No. 3, 671–680.
- Lahten kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 9.12.2003.
- Lahten kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 26.4.2005
- Lahten kaupungin talousosaston lausunto 2006.
- Lahtinen, Y. & Mikkola, T. 2007. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2006. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Lahtinen, Y. & Mikkola, T. 2008. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.
- Lane, J.-E. 2000/2001. *New public management*. New York: Routledge.
- Laumann, E. O., Galaskiewicz, J. & Marsden P. 1978. Community structure as interorgani-zational linkage. *Annual Review of Sociology*, Vol 4, 455–484.
- Leblebici, H., Salancik, G. R., Copay, A. & King, T. 1991. Institutional change and the transformation of interorganizational fields: an organizational history of the U.S. radio broadcasting industry. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 36, 333–363.
- Lehtinen, J. 1983. *Asiakasohjautuva palveluyritys*. Espoo: Weilin+Göös
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1426. Tampere: Tampereen yliopisto-paino Oy.
- Lesche, C. 1976. Psykoterapian tieteenteoria. Teoksessa Tuomela, R. & Patoluoto, I. (toim.) *Yhteiskuntatieteiden filosofiset perusteet, osa II*. Helsinki: Gaudeamus, 163–188.
- Lijphart, A. 1971. Comparative politics and the comparative method. *The American Political Science Review*, Vol. 65, No. 3, 682–693.
- Lijphart, A. 1984. *Democracies. Patterns of majoritarian and consensus government in twenty-one countries*. Lontoo: Yale University Press.
- Lillrank, P. 1998. *Laatuajattelu. Laadun filosofia, teknikka ja johtaminen tietoyhteiskun-nassa*. Helsinki: Otava.
- Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. 2006. *Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli, KTM Rahoitetut tutkimukset*, Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.
- Lith, P. 2001. *Kuntien rakennusurakat: kilpailuttaminen ja markkinoiden toimivuus*. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö. Kauppa- ja teollisuusministeriön tut-kimuksia ja raportteja 6/2001.
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. 2000. *Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena*. 2 painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Macq, J., Martiny, P., Villalobos, L. B., Solis, A., Miranda, J., Mendez, H. C. & Collins, C. (2008). Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges. *Health Policy*, Vol. 87, 377–388.
- Martikainen, T. 1993. *Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialueiden määrittelyä*. Teoksessa *Johdatus sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Vammala: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.



- Mascarenhas, B. 1989. Domains of state-owned, privately held, and publicly traded firms in international competition. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 34, 582–597.
- Mattila, M., Saukkonen, R. & Uusikylä, P. 1993. Hyvinvointivaltioista kilpailuvaltioon. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mattila, Y. 2006. Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”yhteisestä pohjasta eri poluille”. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu- ja Sarja D:2/2006 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkielmat. Turun yliopisto.
- McPhee, R.D. Alternate approaches to integrating longitudinal case studies. Teoksessa Huber, G. P. & Van de Ven, A. H. 1995. Longitudinal field research methods. Studying processes of organizational change. CA: Sage, 186–203.
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, Vol. 83, 340–363.
- Meyer, J. W. & Scott, W. R. 1983. Centralization and the legitimacy problems of local government. Teoksessa: Meyer, J. W. & Scott, W. R. (toim.) *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 199–215.
- Meyer, J. W., Boli, J. & Thomas, G. M. 1994. Ontology and rationalization in the western cultural account. Teoksessa: Scott, W. R. & Meyer, J. W. (toim.) *Institutional environments and organizations, structural complexity and individualism*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 9–26.
- Mikkola, H. & Tuominen, U. 2010. Ulkoistamiskehitys ja kilpailun toimivuus lääkäripalveluissa. *Terveystaloustiede* 2010, 5.2.2010.
- Mikkola, T. 2003. Muuttuvat arvot ja uusi keskiluokka. Tutkimus arvojen mittaamisesta ja monitasoisuudesta. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia No. 241. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Mikkola, T. 2009. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2008. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Mitronen, L. 2002. Hybridiorganisaation johtaminen Tapaustutkimus kaupan verkostorganisaatiosta, sähköisenä <http://acta.uta.fi>, ETLA Sarja A 35, Helsinki.
- Myllys, K. 1999. Itsenäisiä ja itsepäisiä. Institutionaalinen näkökulma paikallisten säästöpankkien selviytymiseen pankkitoiminnan muutoksissa. Turku: Turun kauppa- korkeakoulun julkaisuja, Sarja A-7:1999.
- Mäkinen, P. 1995. Kunnallisen itsehallinnon jäljillä. Kunnallisan alan kehittämissäitiö, Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Määttä, J. 2010. Hybridiorganisaatioiden ja niiden konsernijohtamisen muotoutuminen. Tutkimus Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun hierarkkisten ja markkinasuuntuneiden toimintatapojen ja niiden konsernijohtamisen muutoksista 1993–2006, *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 987, Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Nee, V. 1998. Sources of the new institutionalism. Teoksessa: Brinton, M. C. & Nee, V. (toim.) *The New institutionalism in sociology*, New York. Russell Sage Foundation, 1–16.

- Niiniluoto, I. 1980. Johdatus tieteenfilosofian. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.
- Niiniluoto, I. 1984. Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Keuruu: Otava.
- Niiniluoto, I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Keuruu: Otava.
- Niiniluoto, I. 2002. Kokemus-kollokvion avaussanat. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. 2002. toim. Kokemus. Acta philosophica Tamperensia, Vol. 1, Tampere: Tampereen yliopistopaino. 9–14.
- Niskanen, J. 2000. Tilastollinen vertailututkimus. Teoksessa: Salminen, A. (toim.) Hallintovertailun metodologia, Vaasan yliopisto. Tutkimuksia 234. Hallintotiede 26, 147–165.
- Nissinen, A., Kauhanen, J. & Myllykangas, M. 1994. Kansanterveystiede. Juva: WSOY.
- Normann, R. 1992. Service Management – ledning och strategi i tjänsteproduktionen, 3:2 uppl., Malmö: Liber-Hermods.
- North, D. 1990. Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nutt, P. C. 1999. Public-private differences and the assessment of alternatives for decision making. Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 9, Nro 1, 305–349.
- Ocasio, W. 1995. The Enactment of economic adversity: A Reconciliation of theories of failure-induced change and threat-rigidity. Teoksessa Cummings, L. L. & Staw, B. M. (toim.) Research in organizational behavior. Greenwich, CT: JAI Press, 287–331.
- Ojala, I. 2003. Managerialismi ja oppilaitosjohtaminen, Acta Universitas Wasaensis no 119, Vaasa: Vaasan yliopisto
- Ojala, T. & Uutela, A. 1993. Rakentava vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.
- Okko, P. 1995. Markkinat ja hierarkiat terveystalouden tuotannossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, No.32
- Oldham, G. R. & Hackman, J. R. 1981. Relationships between organizational structure and employee reactions: comparing alternative frameworks. Administrative Science Quarterly, Vol. 26, 66–83.
- Oliver, C. 1991. Strategic responses to institutional processes. Academy of Management Review, Vol. 16, 145–179.
- Oliver, C. 1992. The antecedents of deinstitutionalism. Organization Studies, Vol. 13, 563–588.
- Oliver, C. 1996. The institutional embeddedness of economic activity. Advances in Strategic Management, Vol.13, 163–186.
- Ollila, E. & Koivusalo, M. 2009. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa: Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 21–47.
- Olsen, J. P. & Peters, G. P. 1996. Lessons from experience. Oslo: Scandinavian University Press.

- Olson, O., Guthrie, J. & Humphrey, C. 1998 (toim.) *Global warning: Debating international developments in new public financial management*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Osborne, D. & Gaebler, T. 1993. *Reinventing government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Penguin.
- Ott, A. F. & Hartley, K. 1991. *Privatization and economic efficiency. A Comparative analysis of developed and developing countries*. Aldershot: Edward Elgar Publishing Limited.
- Oulasvirta, L. 2007. *Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1239*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Paaso, I. 2002. *Potilaan tiedonsaantioikeus terveydenhuollossa*. Helsinki: WSOY lakitieto.
- Pajarinen, M. 2001. *Ulkoistaa vai ei – Outsourcing teollisuudessa. Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos ETLA, Sarja B 181, Taloustieto Oy, Helsinki*.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. (1985) *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. *Journal of Marketing*, Vol. 49, 41–50.
- Pasternack, A. 2003. *Lääkäriin työ muuttuu – miten käy profession?* *Duodecim*, Vol. 119, 689–690.
- Payne, Adrian 1993. *The essence of services marketing*. New York: Prentice Hall.
- Peltonen, E. 2009. *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168, Kuopio*.
- Penttilä, U-R. & Sipilä, J. 1987. *Potilaskeskeinen palveluorganisaatio*. Helsinki: Sairaaliitto.
- Perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn raportit 2006–2010*. Saatavissa: [http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/hoidonsaataavuus/pthhoitoonpaasy\\_arkisto.htm](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/hoidonsaataavuus/pthhoitoonpaasy_arkisto.htm), (luettu 16.4.2011)
- Perustuslaki 732/1999.
- Perry, J. L. & Rainey, H. G. 1988. *The Public-private distinction in organization theory: a critique and research strategy*. *Academy of Management Review*, Vol. 13, No. 2, 182–201.
- Peters, B. G. 1998. *Comparative politics. Theory and methods*. Lontoo: Macmillan Press Ltd.
- Pettigrew, A. M. 1990. *Longitudinal field research on change: theory and practice*. *Organization Science*, Vol. 1, No. 3, 267–292.
- Pfeffer, J. (1982) *Organizations and organization theory*. Marshfield, MA: Piiman.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. 1978. *The External control of organizations*. New York: Harper & Row.
- Podolny, J. M. & Page, K. L. 1998. *Network forms of organization*. *Annual Review of Sociology*, Vol. 24, 57–76.
- Potter, J. 1988. *Consumerism and the public sector: How well does the coat fit?* *Public Administration* 66, nro 2, 149–164.
- Powell, W. W. 1990. *Neither market nor hierarchy: network forms of organization*. *Research in Organizational Behavior*, Vol. 12, 295–336.

- Proctor, R. N. 1991. Value-free science? Purity and power in modern knowledge. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Propper, C. 2000. The Demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics* 19, 855–876.
- Puitelaki 169/2007 kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (Paras-hanke).
- Puohiniemi, M. 1993. Suomalaisten arvot ja tulevaisuus. Analyysi väestön ja vaikuttajien näkemyksistä. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle pitkän aikavälin tulevaisuudesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5. Helsinki.
- Puohiniemi, M. 2002. Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja suomalaisen arkielämän tulkintaan. Espoo: Limor kustannus.
- Rainey, H. G. & Bozeman, B. 2000. Comparing public and private organizations: Empirical research and the power of the a priori. *Journal of public administration research and theory*, Vol. 10, No. 2, 447–469.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Helsinki: Gaudeamus.
- Riivari A., Laiho, U.-M. Myllyntaus T. & Kiviniemi, K. (2010). Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen vertailtavuuden parantaminen. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Helsinki.
- Robertson, P., Seneviratne, S. 1995. Outcomes of planned organizational change in the public sector: A meta-analytic comparison to the private sector. *Public Administration Review*, Vol. 55, No. 6, 547–558.
- Rowlinson, M. 1997. Organisations and institutions. Perspectives on economics and sociology. New York: Macmillan Business.
- Ruohotie, P. 1998. Motivaatio, tahto ja oppiminen. Helsinki: Edita.
- Rövik, K.-A. 1996. Deinstitutionalization and the logic of fashion. Teoksessa Czarniawska, B. & Sevón, G. (toim.) *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter, 139–172.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus, 158–169.
- Salminen, A. 1995. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Salminen, A. 2000. Hallintovertailu ja vertailumallien käyttökelpoisuus. Teoksessa: Salminen, A. (toim.) *Hallintovertailun metodologia*, Vaasan yliopisto. Tutkimuksia 234. *Hallintotiede* 26, 11–35.
- Sandberg, J. 2005. How do we justify knowledge produced within interpretive approaches? *Organizational Research Methods*, Vol. 8, No. 1, 41–68.
- Saxen, U. 2009. Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Turku.
- Savas, E. S. 2000. Privatization and public-private partnerships. New York: Seven Bridges Press.
- Saxonhouse, A. 1983. Classical greek conceptions of public and private. Teoksessa Benn, S. I. & Gaus, G. F. (toim.) *Public and private in social life*. Lontoo: Croom Helm, 363-384.

- Schutz, A. 1967. *The phenomenology of the social world*. Wien: North Western University Press.
- Scott, W. R. 1995/2001. *Institutions and organizations*. 2. korj. painos. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scott, W. R. 2003. *The Old order changeth*. *The Evolving world of health care organizations*. Teoksessa Mick, S. S. & Wyttenbach, M. E. (toim.) *Advances in health care organization theory*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 23–43.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. & Caronna, C. A. 2000. *Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Segall, M. H., Dasen, P. R., Berry, J. W. & Poortinga, Y. H. 1990. *Human behavior in global perspective: an introduction to cross-cultural psychology*. New York: Pergamon.
- Selznick, P. 1949. *TVA and the grass roots*. Berkeley: University of California Press.
- Selznick, P. 1996. Institutionalism “old” and “new.” *Administrative Science Quarterly*, Vol. 41, No. 2, 270–278.
- Seppänen, M. 2006. Ongelmalähiötä ja aidattuja eliittiyhteisöjä? Kaupunkiluentosarja 7.11.2006 <http://www.palmenia.helsinki.fi/katu/07112006.pdf> Luettu 19.7.2010.
- Sethi, R. 2001. Preference Evolution and Reciprocity. *Journal of Economic Theory*, Vol. 97, 273–297.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. 1999. Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. *Hoitotiede*, Vol. 11, No.6, 311–324.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Sivistyssanakirja. 1989. Falun: Weilin+Göös.
- Smelser, N. J. 1976 *Comparative methods in the social sciences*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Smith, A. 1933. *Kansojen varallisuus*. Tutkimus sen olemuksesta ja tekijöistä. WSOY: Porvoo.
- Soppi, P. & Volk, R. Ulkoistamisen ja yksityistämisen taloudellisia vaikutuksia. Julkaisussa Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.) 2006. *Kilpailuttamisen kokemukset*. Kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1, Vammala: Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat.
- Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto, [www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)
- Stake, R. E. 1994. Case studies. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 236–247.
- Stake, R. E. 1995. *The Art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Steinberger, P.J. 1999. Public and Private. *Political Studies* XLVII, 292–313.
- Stinchcombe, A. L. 1986. Reason and rationality. *Sociological Theory*, Vol. 4, 151–166. Myös teoksessa Abell, P. (toim.) 1991. *Rational choice theory*. Cambridge: Edward Elgar Publishing Limited.
- Sundbäck, L., Kaleva, H., Kauppinen, A-K., Pietilä, P. & Kärnä, S. 2002. *Ulkoistettujen palvelujen johtaminen ja seuranta. Kiinteistöjohtamisen tehostaminen – vaihtoehtona ulkoistaminen*. KTI, Helsinki.
- Suomen kielen perussanakirja, osa 1. 1990. *Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja* 55. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: VAPK-kustannus.

- Suomen kielen perussanakirja, osa 2 1992 Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisu 55. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Suomen kielen perussanakirja, osa 3 1994 Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisu 55. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Suomen Lääkäriliitto 2009. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2009. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/tktilanne.html> Luettu 2.4.2010.
- Sutela, M. 2001. Kuntalaisen roolin muutos: asukkaasta asiakkaaksi tarkastelukohteena sosiaalihuollon asiakaslähtöisyys, *Oikeus* 30 (4), 418–436.
- Sutela, M. 2003. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Syrjälä, L. & Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopisto. Kasvatustieteellisen tiedekunnan tutkimuksia nro. 51.
- Taylor-Gooby, P. & Bocher, H. 1988. MP's attitudes and future of welfare. *Public Administration*, Vol. 66, No. 3, 329–337.
- Telaranta, T. 2005. Lääkäritilannetta koskeva selvitys Lahden sosiaali- ja terveystoimessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009 – Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2009 – Health Expenditure and Financing 2009. Tilastoraportti 14/2011, 5.4.2011. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. THL.
- Terveydenhuoltolaki L 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- Teperi, J. & Keskimäki, I. Hoitokäytäntöjen vaihtelu – haaste terveydenhuollolle. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1993, Vol. 30, 186-192.
- Thompson, M., Ellis, R. & Wildavsky, A. 1990. *Cultural theory*. Oxford: Westview Press.
- Tiihonen, S. 1981. Julkisen sektorin käsitteestä. Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto.
- Tiilikka, T., Palukka, H. & Tolkki H. 2009. Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit. Loppuraportti. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus videoneuvottelulaitteiston avulla toteutetusta etävastaanottokokeilusta. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 792. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Toivonen, T. 1999. *Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia*. Porvoo: WSOY.
- Toivonen, J. 2000. Reppumiehistä kokonaistoimituksiin: telakkateollisuuden alihankinnan toimintatapamuutoksen institutionaalinen analyysi. Turku: Turun kauppa-keakoulun julkaisuja, Sarja A-7: 2000.
- Toivonen, M. 2001. Osaamisintensiivisten liike-elämän palvelujen tulevaisuudennäkömät. Helsinki.
- Tornio, T, Rahkonen, P., Huldén, S., Myllymäki, H., Hiltunen, P. & Halme, E. Moniäänisesti Oivasta. Näkökulmia läntisen perusturvapiirin ja peruspalvelukeskus Oivan perustamiseen. Case Peruspalvelukeskus Oiva -yhteistoiminta-alueen muodostaminen, 4.12.2007, Lahti.
- Torvi, K. & Kiljunen, p.2005. Onnellisuuden vaikea yhtälö . EVA:n kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2005. Taloustieto, Ylipistopaino.

- Tritter, J. 2009. Vallankumous vai hidaskuutos – miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. 2009. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja kuutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 210–226.
- Turunen, K. E. 1997. Halut, arvot ja valta. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuori, K. 1993. Intressit ja oikeuden legitimiisyys. Teoksessa Melin, H. & Nikula, J. (toim.) Yhteiskunnalliset intressit ja vallan rakenteet. Raimo Blomin 50-vuotisjuhlakirja. Acta Universitatis Tamperensis, Ser B, Vol. 44, Tampere. 14–28.
- Valkama, P. 2004. Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. Sähköinen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 386. <http://acta.uta.fi>
- Valkonen, T. 1981. Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Vallas P. (1990) The Concept of Skill. A Critical Review. Work and Occupations, Vol. 17, 379-397.
- Valtioneuvoston kanslia: Talouskasvun edellytysten vahvistamista koskeva hanke. Muistio 17.2.2010.
- Vuorela, T. 1989. Miten asiakkaat arvioivat palveluja? Arviointitiedon hankinnan kysymyksiä. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Vuori, J. 1994. Julkisten ja yksityisten organisaatioiden myytit. Hallinnon tutkimus -lehti, No. 3.
- Vuori, J. 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkise ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Vaasa: Ankkurikustannus.
- Vuori, J. 1998. Terveyspalvelujen laatu ja palveluluottoidea. Hallinnon tutkimus -lehti, No. 3.
- Vuori, J. & Kingsley, G. 1999. Public and private service at loggerheads: modelling credibilitygap in the expectations of customers. Proceedings of Academy of Management National meeting in Chicago, IL, August 1999.
- Vuori, J. 2000. Sosiaali- ja terveyshallinnon vertailudilemmat. Institutionaalinen inertia ja epäadekvaattinen metodologia vertailun esteinä. Hallinnon tutkimus -lehti, No. 2.
- Vuori, J. 2005. Terveysjohtaminen ja -hallinto tieteenalana. Teoksessa: Vuori J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveys hallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY. Helsinki.
- Vuori, J., Kylänen, M. & Tritter, J. (2010). Transfer of patients from health care centres to special care services: analysis of travel distances in Nordic countries. International Journal of Circumpolar Health, Vol. 69, No.5, 511–517
- Vuori, J. (2011). Toward a comparative and an interdisciplinary knowledge of public-private healthcare management. International Journal of Public & Private Healthcare Management and Economics, Vol.1, No.1, 13–19.
- Vuori, J., Hodge, G., Kylänen, M. & Tritter, J. (2011) The Hidden costs of path dependence in the outsourcing of public welfare services. A Comparative perspective. IRSPM proceedings. IRSPM Latin-America.



- Wade, J. B., Swaminathan, A. & Saxon, M. S. 1998. Normative and resource flow consequences of local regulations in the American brewing industry 1845–1918. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, 905–935.
- Wallace, J. E. 1995. Organizational and professional commitment in professional and non-professional organizations. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 40, 228–255.
- Wallin, B. A. 1997. The need for a privatization process: Lessons from development and implementation. *Public Administration Review*, Vol. 57, No.1, 11–20.
- Walsh, K. 1995. Public services and market mechanisms: Competition, contracting and the new public management. Lontoo: The Macmillan Press.
- Weber, M. 1922/1946. Bureaucracy. Teoksessa Gerth & Mills (toim.) *Max Weber: Essays in Sociology*. Oxford University Press, 80–85.
- Weintraub, J. 1997. Public/private: The Limitations of a grand dichotomy. *The responsive Community*, Vol. 7, No. 2, 13–24.
- White, H. C., Boorman, S. A. & Breiger, R. L. 1976. Social structure from multiple networks, blockmodels of roles and positions. *American Journal of Sociology*, Vol. 81, No. 4, 730–780.
- Willberg, M. 2006. Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä, Kuopion yliopiston julkaisuja Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet, Kuopio.
- Williamson, O. E. 1975. Markets and hierarchies. Analysis and antitrust implications. The Free Press: New York.
- Williamson, O. E. 1981. The Modern corporation: origins, evolution, attributes. *Journal of Economic Literature* XIX (December), 1537–1568.
- Wildavsky, A. 1987. Choosing preferences by constructing institutions: a cultural theory of preference formation. *American Political Science Review*, Vol. 81, No. 1, 3–21.
- Wirth, L. 1946. *Esipuhe teoksessa* Manheim, K. *Ideology and utopia: an introduction to sociology of knowledge*. New York: Harcourt, Brace and Company.
- Wise, C. R. 1991. Public service configurations and public organizations: public organization design in the post-privatization era. *Public Administration Review*, Vol. 50, No. 2, 141–155.
- Xingzhu, L. A., Hotchkiss, D. R. & Sujata B. (2007). The Impact of contracting-out on health system performance: A conceptual framework. *Health Policy*, Vol. 82, 200–211.
- Yin, R. K. 2003. Case study research. Design and methods. 3. painos. Applied social research methods series. Volume 5. Lontoo: Sage Publications.
- Ylikoski, P. 2001. Understanding interests and causal explanation. University of Helsinki. Department of moral and social philosophy. Academic Dissertation. Helsinki.
- Zeithaml, V. A. & Bitner, M. J. 1996. *Services Marketing*. Singapore: McGraw-Hill.
- Zucker, L. G. 1991. The Role of institutionalization in cultural persistence. Teoksessa Powell, W. W. & DiMaggio, P. J. (toim.) *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 83–107.



# Liitteet

## LIITE 1. ASIAKKAIDEN KYSELYLOMAKE JA SAATEKIRJE

Terveyshallinnon



ja -talouden laitos



### TUTKIMUS ASIAKKAIDEN KOKEMASTA TERVEYSPALVELUJEN LAADUSTA SEKÄ JULKISEN JA YKSITYISEN TOIMINNAN ARVOISTA JA ASEENTEISTA

#### Arvoisa vastaaja

Tällä kyselytutkimuksella kerätään tietoa asiakkaiden kokemasta terveyspalvelujen laadusta sekä yleisistä julkiseen ja yksityiseen liittyvistä arvoista ja asenteista. Vastausten avulla pyritään saamaan lisätietoa siitä, miten terveyspalveluja tulisi jatkossa järjestää. Kysely toteutetaan samanaikaisesti kahdella perinteisellä julkisella terveysasemalla, yksityistetyllä julkisella terveysasemalla ja yksityisessä lääkärikeskuksessa vuosina 2006, 2007 ja 2008.

Kyselytutkimus liittyy väitöskirjatyöhön, joka on osa Suomen Akatemian rahoittamaa ja professori Jari Vuoren johtamaa Kuopion yliopiston tutkimushanketta: Julkiset, yksityiset ja monimuotoiset terveys- ja sosiaalipalvelut. Hanke keskittyy julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden hallinnolliseen, taloudelliseen ja toiminnalliseen vertailuun vuosina 2005–2008.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on kuitenkin erittäin tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn ja ottaisi kantaa jokaiseen kysymykseen. Tutkimuksella kerättyä tietoa käytetään ainoastaan yleisellä tasolla terveyspalvelujen kehittämiseen. Teidät on valittu vastaajaksi täysin satunnaisesti, **eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa tätä tutkimusta tai mahdollista jatkotutkimusta.**

Toivomme, että palautatte lomakkeen täytettynä **suljetussa kirjekuoreessa terveysaseman tai lääkärikeskuksen vastaanottotiskille.** Voitte myös palauttaa lomakkeen postitse **30.6.2008** mennessä. Postimaksu on valmiiksi maksettu.

Tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta antaa Tarja Savolainen, puh. 040-5864045 tai tarja.savolainen@uku.fi.

Kuopiossa 23.5.2008

Yhteistyöstä kiittäen

Tarja Savolainen  
tutkija  
Kuopion yliopisto

Jari Vuori  
professori  
Kuopion yliopisto

Terveyshallinnon



ja -talouden laitos



KUOPION YLIOPISTO

**TUTKIMUS ASIAKKAIDEN  
KOKEMASTA  
TERVEYSPALVELUJEN LAADUSTA,  
SEKÄ YLEISISTÄ JULKISEEN JA  
YKSITYISEEN LIITTYVISTÄ  
ARVOISTA JA ASEENTEISTA**

**Kuopion yliopisto  
terveyshallinnon ja -talouden laitos**

**Suomen Akatemia**

**[www.uku.fi/tht/pubpri.shtml](http://www.uku.fi/tht/pubpri.shtml)**



**7. Ympyröikää seuraavista nykivistä työsuhdetta edeltävät työnantajanne (enintään kaksi pitkäkestoisinta työsuhdetta)**

- 1 valtio
- 2 kunta, kuntayhtymä
- 3 järjestö, liitto, yhdistys, säätiö
- 4 valtioenemmistöinen yritys
- 5 yksityinen yritys
  - a. pieni yritys, alle 50 työntekijää
  - b. keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää
  - c. suuri yritys, vähintään 250 työntekijää
- 6 seurakunta, kirkollinen toimi
- 7 muu työnantaja, mikä? \_\_\_\_\_

**8. Millaiseksi arvioitte tämänhetkisen terveydentilanne?**

- 5 erittäin hyvä
- 4 hyvä
- 3 kohtalainen
- 2 huono
- 1 erittäin huono
- 0 en osaa sanoa

**9. Onko teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma?**

- 1 ei
- 2 kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

**10. Kuinka paljon olette käyttäneet seuraavia terveyspalveluja viimeisen vuoden aikana?**

	en kertaakaan	kerran	2-4 kertaa	5 kertaa tai enemmän
1. Julkinen terveysasema	1	2	3	4
2. Yksityinen lääkärikeskus	1	2	3	4

**11a. Kun käytte julkisella terveysasemalla, käyttökö yleensä saman lääkärin/sairaantai terveydenhoitajan vastaanotolla?**

- 1 kyllä
- 2 ei

**11b. Kun käytte yksityisessä lääkärikeskuksessa, käyttökö yleensä saman lääkärin/sairaantai terveydenhoitajan vastaanotolla?**

- 1 kyllä
- 2 ei

**12. Millaiset arvosanat annatte terveysaseman/lääkärikeskuksen palveluille tämänkertaisen käyntinne perusteella?**

<b>Tilat</b>	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
1. sisustus	5	4	3	2	1	0
2. käytännöllisyys (liikkumisen helppous)	5	4	3	2	1	0
3. yksityisyyden suoja	5	4	3	2	1	0
4. turvallisuus	5	4	3	2	1	0
<b>Yhteydenotto/ajanvaraus</b>	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
5. puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/lääkärikeskukseen	5	4	3	2	1	0
6. Puhelimessa Teitä palvelle henkilökunnan käytös (arvostus, ystävällisyys, kohteliaisuus)?	5	4	3	2	1	0
7. Puhelimessa Teitä palvelle henkilökunnan ammattitaito (ongelmien tunnistaminen, ohjeiden selkeys ja riittävyys)?	5	4	3	2	1	0
<b>Ilmoittautuminen</b>	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
8. odotusajan pituus tulostanne siihen, kun Teitä palveltiin ilmoittautumisessa	5	4	3	2	1	0
9. ilmoittautumisen sujuvuus	5	4	3	2	1	0
10. henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa (arvostus, ystävällisyys, kohteliaisuus)	5	4	3	2	1	0
11. henkilökunnan antamien ohjeiden selkeys ja riittävyys	5	4	3	2	1	0
<b>Vastaanotto</b>	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
12. Odotusaika:						
ilmoittautumisesta						
a. lääkärin vastaanotolle	5	4	3	2	1	0

b. terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolle	5	4	3	2	1	0
c. laboratorioon	5	4	3	2	1	0
13. Käytös: Teitä kohtaan osoitettu arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
14. Ammattitaito: Kyky ongelmienne tunnistamiseen, tutkimusten perusteellisuus ja hoitotoimenpiteiden sujuvuus	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
15. Tiedon saanti: Terveydentilastanne ja hoitotoimenpiteistä saamienne tietojen selkeys ja riittävyys	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden-/sairaanhoidajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
16. Jatkohoito-ohjeet: Kuinka selkeät ja riittävät ohjeet saitte	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden- /sairaanhoidajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
17. Terveysneuvonta: Miten arvioitte terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien välttämiseen saamianne ohjeita?	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0

b. terveyden-/sairaanhoitajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
18. Vuorovaikutus: Ongelmienne kuuntelu ja Teitä kohtaan osoitettu kiinnostus sekä halukkuus vastata kysymyksiinne.	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden-/sairaanhoitajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
19. Vastaanottoajan pituus: Teille varatun ajan riittävyys	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>
a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden-/sairaanhoitajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0
<b>Hoidon arviointi</b>	<b>erinomainen</b>	<b>hyvä</b>	<b>kohtalainen</b>	<b>huono</b>	<b>erittäin huono</b>	<b>ei koske minua</b>

20. Kuinka tyytyväinen olette kaiken kaikkiaan tällä kertaa saamaanne hoitoon?

a. lääkärin vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
b. terveyden- /sairaanhoitajan vastaanotolla	5	4	3	2	1	0
c. laboratoriossa	5	4	3	2	1	0

### 13. Mitä mieltä olette seuraavista suomalaista yhteiskuntaa ja terveystalvija koskevista väittämistä?

Väittämä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	1	2	3	4	5
2. Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	1	2	3	4	5

Väittämä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
3. Korkea verotuksemme on hyvä asia.	1	2	3	4	5
4. Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	1	2	3	4	5
5. Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	1	2	3	4	5
6. Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	1	2	3	4	5
7. Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	1	2	3	4	5
8. Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	1	2	3	4	5
9. Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	1	2	3	4	5
10. Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	1	2	3	4	5
11. Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	1	2	3	4	5
12. Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	1	2	3	4	5
13. Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	1	2	3	4	5
14. Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	1	2	3	4	5
15. Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	1	2	3	4	5
16. Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	1	2	3	4	5
17. Julkisia terveystaluuja tulisi yksityistää asteittain.	1	2	3	4	5
18. Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	1	2	3	4	5
19. Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	1	2	3	4	5



**14. Oletko vastannut tähän kyselyyn**

vuonna 2006

kyllä

ei

vuonna 2007

kyllä

ei

**15. Mihin suuntaan palvelun laatu on mielestäsi tällä terveysasemalla viimeisen vuoden aikana kehittynyt?**

- 1 parantunut merkittävästi
- 2 parantunut jonkin verran
- 3 pysynyt ennallaan
- 4 huonontunut jonkin verran
- 5 huonontunut merkittävästi

**16. Mitä muuta haluaisitte kertoa palvelusta tällä terveysasemalla/tässä lääkärikeskuksessa?**

---

---

---

---

---

**Kiitos vastauksestanne!**

## LIITE 2. HENKILÖSTÖN KYSELYLOMAKE JA SAATEKIRJE



### TUTKIMUS TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN SITOUTUMISESTA SEKÄ JULKISEN JA YKSITYISEN TOIMINNAN ARVOISTA JA ASEENTEISTA

#### Hyvä terveydenhuollon ammattilainen

Tällä kyselytutkimuksella kerätään tietoa henkilöstön sitoutumisesta työhönsä sekä yleisistä julkiseen ja yksityiseen liittyvistä arvoista ja asenteista. Kysely toteutetaan samanaikaisesti kahdella perinteisellä julkisella terveysasemalla, yksityistetyllä julkisella terveysasemalla ja yksityisessä lääkärikeskuksessa vuosina 2006, 2007 ja 2008.

Kyselytutkimus liittyy väitöskirjatyöhön, joka on osa Suomen Akatemian rahoittamaa ja professori Jari Vuoren johtamaa Kuopion yliopiston tutkimushanketta: Julkiset, yksityiset ja monimuotoiset terveys- ja sosiaalipalvelut. Hanke keskittyy julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden hallinnolliseen, taloudelliseen ja toiminnalliseen vertailuun vuosina 2005-2008.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on kuitenkin erittäin tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn ja ottaisi kantaa jokaiseen kysymykseen. Tutkimuksella lisätään yleisellä tasolla tietoa terveydenhuollon henkilöstön työolosuhteista. Vastaaajiksi on valittu edellä mainittujen hoitolaitosten lääkärit ja hoitajat, **eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tule esille missään vaiheessa tätä tutkimusta tai mahdollista jatkotutkimusta. Tästä syystä olemme tietoisesti poistaneet lomakkeesta sellaiset kysymykset (sukupuoli, ikä jne.), joista vastaajat voitaisiin tunnistaa.**

Toivomme, että palautat lomakkeen täytettynä **suljetussa kirjekuoressa terveysaseman tai lääkärikeskuksen vastaanototiskille**. Voit myös palauttaa lomakkeen postitse **30.6.2008** mennessä. Postimaksu on valmiiksi maksettu.

Tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta antaa Tarja Savolainen, puh. 040-5864045 tai tarja.savolainen@uku.fi.

Kuopiossa 23.5.2008

Yhteistyöstä kiittäen

Tarja Savolainen  
tutkija  
Kuopion yliopisto

Jari Vuori  
professori  
Kuopion yliopisto

# **TUTKIMUS TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN SITOUTUMISESTA SEKÄ JULKISEN JA YKSITYISEN TOIMINNAN ARVOISTA JA ASENTEISTA**

**Kuopion yliopisto  
terveyshallinnon ja -talouden laitos**

**Suomen Akatemia**

[www.uku.fi/tht/pubpri.shtml](http://www.uku.fi/tht/pubpri.shtml)

**ARVOISA VASTAAJA,**

**Kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan tai ympyröi oikea/parhaiten näkemystäsi vastaava vaihtoehto. Ympyröi vastausvaihtoehdoista vain yksi.**

1. Oletko?                    1 lääkäri  
                                  2 sairaanhoitaja  
                                  3 terveydenhoitaja  
                                  4 perus-/lähihoitaja
2. Oletko?                    1 vakituksessa työsuhteessa  
                                  2 määräaikaisessa työsuhteessa (yli 1 kk)  
                                  3 sijainen (alle 1 kk)  
                                  4 ammatinharjoittaja  
                                  5 Työsuhteesi on jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

3. Jos olet lääkäri, toimitko

- 1 ainoastaan julkisella sektorilla?  
2 ainoastaan yksityisellä sektorilla?  
3 sekä julkisella sektorilla \_\_\_\_\_ h/viikko että  
yksityisellä sektorilla \_\_\_\_\_ h/viikko ?

4. Jos olet lääkäri ja toimit tällä hetkellä vain julkisella sektorilla, oletko joskus aikaisemmin pitänyt yksityisvastaanottoa?

- 1 En ole koskaan pitänyt.  
2 Olen aikaisemmin pitänyt \_\_\_\_\_ h/viikko.

5. Kuinka pitkään olet ammattiin valmistumisen jälkeen työskennellyt koko- tai osa-aikaisesti julkisessa ja/tai yksityisessä terveydenhuollossa?

	en lainkaan	alle 2 v.	2-4 v.	5 - 10 v.	yli 10 v.
1. Julkinen terveydenhuolto	1	2	3	4	5
2. Yksityinen terveydenhuolto	1	2	3	4	5

6. Kuinka yleisesti ottaen viihdyt nykyisessä työpaikassasi?

- 1 erittäin hyvin  
2 melko hyvin  
3 joskus hyvin, joskus huonosti  
4 melko huonosti  
5 erittäin huonosti

**7. Miten sitoutunut olet nykyiseen työnantajaasi?**

- 1 erittäin sitoutunut
- 2 melko sitoutunut
- 3 sitoutumiseni vaihtelee
- 4 melko heikosti sitoutunut
- 5 erittäin heikosti sitoutunut

**8. Miten sitoutunut olet nykyiseen työpaikkaasi?**

- 1 En varmasti vaihda työpaikkaa seuraavan vuoden aikana.
  - 2 En todennäköisesti vaihda työpaikkaa seuraavan vuoden aikana.
  - 3 En osaa sanoa.
  - 4 Todennäköisesti vaihdan työpaikkaa seuraavan vuoden aikana.
  - 5 Vaihdan työpaikkaa heti, kun löydän sopivan.
  - 6 Aion tästä työpaikasta riippumattomista syistä jäädä pois työstäni seuraavan vuoden aikana. Miksi?
- 

**9. Mikä on mielestäsi sopiva työsuhteen pituus saman työnantajan palveluksessa?**

- 1 alle 2 vuotta
- 2 2 - 4 vuotta
- 3 5 - 10 vuotta
- 4 yli 10 vuotta

**10. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä tämänhetkisessä työssäsi?**

Väittämä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Palkkaus perustuu suoritukseen.	1	2	3	4	5
2. Potilaille on riittävästi aikaa.	1	2	3	4	5
3. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin päätöksiin.	1	2	3	4	5
4. Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni.	1	2	3	4	5
5. Minulla on mahdollisuus käyttää omia kykyjäni.	1	2	3	4	5
6. Työyhteisömme on toimiva.	1	2	3	4	5

Väittäjä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
7. Työtehtäväni muodostavat mielekkään kokonaisuuden.	1	2	3	4	5
8. Minun ei tarvitse pelätä epäonnistumisia.	1	2	3	4	5
9. Työsuhteeni on pysyvä.	1	2	3	4	5
10. Työni on innostavaa.	1	2	3	4	5
11. Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti.	1	2	3	4	5
12. Työni on itsenäistä.	1	2	3	4	5
13. Olen tyytyväinen nykyiseen palkkaani.	1	2	3	4	5
14. Koen oloni vastaanottotilanteessa fyysisesti turvalliseksi.	1	2	3	4	5
15. Lähijohtajani on oikeudenmukainen.	1	2	3	4	5
16. Koen mielihyvää ihmisten auttamisesta.	1	2	3	4	5
17. Olen harkinnut ammatinvaihtoa.	1	2	3	4	5
18. Olen sitoutunut työnantajan tavoitteisiin.	1	2	3	4	5
19. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini.	1	2	3	4	5
20. Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää.	1	2	3	4	5
21. Lääkärien ja hoitajien työt on jaettu tarkoituksenmukaisesti.	1	2	3	4	5
22. Työnantajallani on käytössä kannustinjärjestelmä (esim. bonuspalkkausjärjestelmä).	1	2	3	4	5
23. Lähijohtajat puuttuvat ripeästi työyhteisön ongelmiin.	1	2	3	4	5
24. Potilaan hoidossa käytetään asianmukaisia laitteita ja välineitä.	1	2	3	4	5

Väittämä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
25. Minulla on mahdollisuus edetä urallani.	1	2	3	4	5
26. Teemme työtä tiimissä.	1	2	3	4	5
27. Potilailta saatu myönteinen palaute on tärkein kannustimeni.	1	2	3	4	5
28. Minulla on mahdollisuus jatkuvaan itseni kehittämiseen.	1	2	3	4	5
29. Työpaikallani hyödynnetään uutta IT-teknologiaa (esim. potilastieto-, ajanvaraus-työvuorosunnittelu- ja laboratoriotietojärjestelmät).	1	2	3	4	5
30. Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia. Mitä?	1	2	3	4	5
31. Saan tarvittaessa konsultaatioapua kollegoilteni.	1	2	3	4	5
32. Tämä työ on minulle elämäntehtävä.	1	2	3	4	5

**11 a. Valitse edellisistä (kysymyssarja 10, nrot 1-32) kolme tekijää, jotka merkitsevät sinulle eniten työssäsi.**

Tärkein, nro \_\_\_\_\_

Toiseksi tärkein, nro \_\_\_\_\_

Kolmanneksi tärkein, nro \_\_\_\_\_

Jokin muu kuin yllä mainittu, mikä? \_\_\_\_\_

**11 b. Valitse edellisistä (kysymyssarja 10, nrot 1-32) kolme tekijää, joita työyhteisössäsi pitäisi edelleen kehittää.**

Tärkein, nro \_\_\_\_\_

Toiseksi tärkein, nro \_\_\_\_\_

Kolmanneksi tärkein, nro \_\_\_\_\_

Jokin muu kuin yllä mainittu, mikä? \_\_\_\_\_

12. Mikä on kotikuntasi? \_\_\_\_\_

13. Mikä on työmatkasi pituus? \_\_\_\_\_ km

14. Mitä mieltä olette seuraavista suomalaista yhteiskuntaa ja terveyspalveluja koskevista väittämistä?

Väittämä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	1	2	3	4	5
2. Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	1	2	3	4	5
3. Korkea verotuksemme on hyvä asia.	1	2	3	4	5
4. Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	1	2	3	4	5
5. Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	1	2	3	4	5
6. Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	1	2	3	4	5
7. Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	1	2	3	4	5
8. Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	1	2	3	4	5
9. Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	1	2	3	4	5
10. Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	1	2	3	4	5
11. Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	1	2	3	4	5
12. Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	1	2	3	4	5
13. Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	1	2	3	4	5
14. Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	1	2	3	4	5



Väittäjä	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
15. Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	1	2	3	4	5
16. Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	1	2	3	4	5
17. Julkisia terveystalvaeluja tulisi yksityistää asteittain.	1	2	3	4	5
18. Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	1	2	3	4	5
19. Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	1	2	3	4	5

**15. Oletko vastannut tähän kyselyyn**

vuonna 2006 kyllä  ei   
vuonna 2007 kyllä  ei

**16. Miten mielestäsi työmotivaatiosi on kehittynyt viimeisen vuoden aikana?**

- 1 lisääntynyt erittäin paljon
- 2 lisääntynyt jonkin verran
- 3 pysynyt ennallaan
- 4 heikentynyt jonkin verran
- 5 heikentynyt erittäin paljon

Työmotivaatiotani on lisännyt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Työmotivaatiotani on heikentänyt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Mihin suuntaan palvelun laatu on mielestäsi tällä terveysasemalla viimeisen vuoden aikana kehittynyt?**

- 1 parantunut merkittävästi
- 2 parantunut jonkin verran
- 3 pysynyt ennallaan
- 4 huonontunut jonkin verran
- 5 huonontunut merkittävästi

**18. Miten haluaisit kehittää omaa työtäsi tai palveluja tällä terveysasemalla/tässä lääkärikeskuksessa?**

---

---

---

---

---

---

**Kiitos vastauksestanne!**

## LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Asiakkaat 2006 – vastaajien taustamuuttajat

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Sukupuoli:</b>					
nainen	N=68 (24,8%) 68,7%	N=67 (24,5%) 67,7%	N=70 (25,5%) 84,3%	N=69 (25,2%) 82,1%	N=274 (100,0%) 75,1%
mies	N=31 (34,0%) 31,3%	N=32 (35,2%) 32,3%	N=13 (14,3%) 15,7%	N=15 (16,5%) 17,9%	N=91 (100,0%) 24,9%
<b>Ikäryhmä:</b>					
15-24-v.	N=1 (7,7%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=11 (84,6%) 13,4%	N=1 (7,7%) 1,2%	N=13 (100,0%) 3,6%
25-34-v.	N=8 (23,5%) 8,1%	N=0 (0%) 0%	N=15 (44,1%) 18,3%	N=11 (32,4%) 13,1%	N=34 (100,0%) 9,4%
35-44-v.	N=8 (21,6%) 8,1%	N=8 (21,6%) 8,2%	N=11 (29,8%) 13,4%	N=10 (27,0%) 11,9%	N=37 (100,0%) 10,2%
45-54-v.	N=13 (22,8%) 13,1%	N=11 (19,3%) 11,2%	N=18 (31,6%) 22,0%	N=15 (26,3%) 17,9%	N=57 (100,0%) 15,7%
55-64-v.	N=26 (28,6%) 26,3%	N=31 (34,0%) 31,6%	N=14 (15,4%) 17,1%	N=20 (22,0%) 23,8%	N=91 (100,0%) 25,1%
65-74-v.	N=26 (25,7%) 26,3%	N=37 (36,7%) 37,8%	N=12 (11,9%) 14,6%	N=26 (25,7%) 31,0%	N=101 (100,0%) 27,8%
75-84-v.	N=16 (59,3%) 16,2%	N=10 (37,0%) 10,2%	N=1 (3,7%) 1,2%	N=0 (0%) 0%	N=27 (100,0%) 7,4%
85-94-v.	N=1 (33,3%) 1,0%	N=1 (33,3%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 1,2%	N=3 (100,0%) 0,8%
<b>Kotikunta:</b>					
Lahti	N=96 (39,2%) 99,0%	N=94 (38,4%) 98,9%	N=55 (22,4%) 69,6%	N=0 (0%) 0%	N=245 (100,0%) 69,8%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=8 (9,1%) 10,1%	N=80 (90,9%) 100,0%	N=88 (100,0%) 25,1%
Nastola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 2,5%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,6%

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitetaulukko 1 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Kotikunta:</b>					
Orimattila	N=1 (20,0%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (80,0%) 5,1%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 1,4%
Padasjoki	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Hartola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Asikkala	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Heinola	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,1%	N=1 (50,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,6%
Sysmä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Artjärvi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Anjalankoski	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Jyväskylä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Pirkkala	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Turku	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
<b>Koulutus:</b>					
Ei ammatillista koulutusta	N=24 (41,4%) 24,2%	N=21 (36,2%) 21,4%	N=6 (10,3%) 7,4%	N=7 (12,1%) 8,3%	N=58 (100,0%) 16,0%
Ammattikurssi, lyhyt ammattikoulutus, työn ohessa saatu koulutus	N=23 (28,7%) 23,2%	N=33 (41,3%) 33,7%	N=6 (7,5%) 7,4%	N=18 (22,5%) 21,4%	N=80 (100,0%) 22,1%
Ammattikoulu	N=12 (27,3%) 12,1%	N=13 (29,5%) 13,3%	N=10 (22,7%) 12,3%	N=9 (20,5%) 10,7%	N=44 (100,0%) 12,2%
Kouluasteen tai 2. asteen tutkinto	N=17 (28,3%) 17,2%	N=12 (20,0%) 12,2%	N=14 (23,4%) 17,3%	N=17 (28,3%) 20,2%	N=60 (100,0%) 16,6%

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitetaulukko 1 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Koulutus:</b>					
Opistotaso- tai ammatti-korkeakoulututkinto	N=17 (21,3%) 17,2%	N=15 (18,8%) 15,3%	N=26 (32,4%) 32,1%	N=22 (27,5%) 26,2%	N=80 (100,0%) 22,1%
Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	N=6 (15,0%) 6,1%	N=4 (10,0%) 4,1%	N=19 (47,5%) 23,5%	N=11 (27,5%) 13,1%	N=40 (100,0%) 11,0%
<b>Ammattiryhmä:</b>					
Johtavassa asemassa toisen palveluksessa	N=3 (30,0%) 3,0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (60,0%) 7,3%	N=1 (10,0%) 1,2%	N=10 (100,0%) 2,7%
Toimihenkilö	N=8 (16,7%) 8,1%	N=8 (16,7%) 8,0%	N=19 (39,5%) 23,2%	N=13 (27,1%) 15,5%	N=48 (100,0%) 13,2%
Työntekijä	N=13 (22,8%) 13,1%	N=6 (10,5%) 6,0%	N=20 (35,1%) 24,4%	N=18 (31,6%) 21,4%	N=57 (100,0%) 15,6%
Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja	N=2 (12,5%) 2,0%	N=2 (12,5%) 2,0%	N=7 (43,7%) 8,5%	N=5 (31,3%) 6,0%	N=16 (100,0%) 4,4%
- ei työn-tekijöitä	N=1 (8,3%) 50,0%	N=2 (16,7%) 100,0%	N=5 (41,7%) 83,3%	N=4 (33,3%) 80,0%	N=12 (100,0%) 80,0%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=1 (33,3%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 16,7%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=3 (100,0%) 20,0%
- keski-suuri yritys, 50-249 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
Maatalousyrittäjä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,2%	N=1 (100,0%) 0,3%
Työtön	N=5 (17,8%) 5,1%	N=15 (53,6%) 15,0%	N=4 (14,3%) 4,9%	N=4 (14,3%) 4,8%	N=28 (100,0%) 7,7%
Koululainen tai opiskelija	N=1 (16,7%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (83,3%) 6,1%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 1,6%
Eläkeläinen	N=66 (34,4%) 66,7%	N=69 (35,9%) 69,0%	N=19 (9,9%) 23,2%	N=38 (19,8%) 45,2%	N=192 (100,0%) 52,6%
Kotiäiti tai koti-isä	N=1 (16,7%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (16,7%) 1,2%	N=4 (66,6%) 4,8%	N=6 (100,0%) 1,6%
Muu ammattiryhmä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitetaulukko 1 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Tämänhetkinen työnantaja:</b>					
Valtio	N=2 (28,6%) 7,4%	N=0 (0%) 0%	N=3 (42,8%) 6,3%	N=2 (28,6%) 6,1%	N=7 (100,0%) 5,6%
Kunta, kuntayhtymä	N=6 (15,4%) 22,2%	N=3 (7,7%) 18,8%	N=16 (41,0%) 33,3%	N=14 (35,9%) 42,4%	N=39 (100,0%) 31,5%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=7 (43,7%) 25,9%	N=2 (12,5%) 12,5%	N=3 (18,8%) 6,3%	N=4 (25,0%) 12,1%	N=16 (100,0%) 12,9%
Valtioenemmistöinen yritys	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 6,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,8%
Yksityinen yritys	N=11 (19,0%) 40,7%	N=10 (17,2%) 62,5%	N=25 (43,1%) 52,1%	N=12 (20,7%) 36,4%	N=58 (100,0%) 46,8%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=4 (20,0%) 50,0%	N=2 (10,0%) 28,6%	N=9 (45,0%) 37,5%	N=5 (25,0%) 50,0%	N=20 (100,0%) 40,8%
- keski-suuri yritys, 50-249 työntekijää	N=2 (13,3%) 25,0%	N=2 (13,3%) 28,6%	N=6 (40,0%) 25,0%	N=5 (33,4%) 50,0%	N=15 (100,0%) 30,6%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=2 (14,3%) 25,0%	N=3 (21,4%) 42,9%	N=9 (64,3%) 37,5%	N=0 (0%) 0%	N=14 (100,0%) 28,6%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
Muu työnantaja	N=1 (33,3%) 3,7%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 2,1%	N=1 (33,3%) 3,0%	N=3 (100,0%) 2,4%
<b>Nykyistä työsuhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Valtio	N=10 (29,4%) 12,7%	N=12 (35,3%) 14,8%	N=7 (20,6%) 9,3%	N=5 (14,7%) 6,6%	N=34 (100,0%) 10,9%
Kunta, kuntayhtymä	N=18 (22,8%) 22,8%	N=14 (17,7%) 17,3%	N=24 (30,4%) 32,0%	N=23 (29,1%) 30,3%	N=79 (100,0%) 25,4%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=2 (66,7%) 2,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 1,3%	N=3 (100,0%) 1,0%
Valtioenemmistöinen yritys	N=1 (50,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,6%

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitetaulukko 1 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Nykyistä työsuhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Yksityinen yritys	N=44 (24,6%) 55,7%	N=53 (29,6%) 65,4%	N=39 (21,8%) 52,0%	N=43 (24,0%) 56,6%	N=179 (100,0%) 57,6%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=11 (21,2%) 30,6%	N=10 (19,2%) 23,8%	N=16 (30,8%) 47,1%	N=15 (28,8%) 38,5%	N=52 (100,0%) 34,4%
- keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää	N=8 (20,0%) 22,2%	N=17 (42,5%) 40,5%	N=5 (12,5%) 14,7%	N=10 (25,0%) 25,6%	N=40 (100,0%) 26,5%
- suuri yritys, vähitään 250 työntekijää	N=17 (28,9%) 47,2%	N=15 (25,4%) 35,7%	N=13 (22,0%) 38,2%	N=14 (23,7%) 35,9%	N=59 (100,0%) 39,1%
Yrittäjä	N=2 (40,0%) 2,5%	N=1 (20,0%) 1,2%	N=1 (20,0%) 1,3%	N=1 (20,0%) 1,3%	N=5 (100,0%) 1,6%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,2%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Muu työnantaja	N=2 (25,0%) 2,5%	N=0 (0%) 0%	N=3 (37,5%) 4,0%	N=3 (37,5%) 3,9%	N=8 (100%) 2,6%
<b>Tämänhetkinen terveydentila:</b>					
Ei osaa sanoa	N=2 (50,0%) 2,0%	N=1 (25,0%) 1,0%	N=1 (25,0%) 1,2%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 1,1%
Erittäin huono	N=1 (33,3%) 1,0%	N=1 (33,3%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 1,2%	N=3 (100,0%) 0,8%
Huono	N=11 (31,4%) 11,1%	N=11 (31,4%) 11,0%	N=7 (20,1%) 8,4%	N=6 (17,1%) 7,1%	N=35 (100,0%) 9,6%
Kohtalainen	N=61 (33,4%) 61,6%	N=63 (34,4%) 63,0%	N=22 (12,0%) 26,5%	N=37 (20,2%) 44,0%	N=183 (100,0%) 50%
Hyvä	N=23 (18,9%) 23,2%	N=20 (16,4%) 20,0%	N=40 (32,7%) 48,2%	N=39 (32,0%) 46,4%	N=122 (100,0%) 33,3%
Erittäin hyvä	N=1 (5,3%) 1,0%	N=4 (21,1%) 4,0%	N=13 (68,3%) 15,7%	N=1 (5,3%) 1,2%	N=19 (100,0%) 5,2%

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitetaulukko 1 jakoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma:</b>					
Ei	N=27 (20,9%) 28,4%	N=23 (17,8%) 23,0%	N=47 (36,5%) 56,6%	N=32 (24,8%) 38,6%	N=129 (100,0%) 35,7%
Kyllä	N=68 (29,3%) 71,6%	N=77 (33,2%) 77,0%	N=36 (15,5%) 43,4%	N=51 (22,0%) 61,4%	N=232 (100,0%) 64,3%
<b>Julkisen terveys- aseman käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=3 (7,9%) 3,2%	N=7 (18,4%) 6,9%	N=26 (68,4%) 34,2%	N=2 (5,3%) 2,4%	N=38 (100,0%) 10,7%
Kerran	N=14 (25,9%) 14,7%	N=13 (24,1%) 12,9%	N=19 (35,2%) 25,0%	N=8 (14,8%) 9,5%	N=54 (100,0%) 15,2%
2-4 kertaa	N=49 (32,7%) 51,6%	N=42 (28,0%) 41,6%	N=21 (14,0%) 27,6%	N=38 (25,3%) 45,2%	N=150 (100,0%) 42,1%
5 kertaa tai enemmän	N=29 (25,4%) 30,5%	N=39 (34,2%) 38,6%	N=10 (8,8%) 13,2%	N=36 (31,6%) 42,9%	N=114 (100,0%) 32,0%
<b>Yksityisen lääkäri- keskuksen käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=18 (33,3%) 33,3%	N=18 (33,3%) 29,5%	N=3 (5,6%) 3,7%	N=15 (27,8%) 27,3%	N=54 (100,0%) 21,4%
Kerran	N=15 (17,0%) 27,8%	N=21 (23,9%) 34,4%	N=29 (33,0%) 35,4%	N=23 (26,1%) 41,8%	N=88 (100,0%) 34,9%
2-4 kertaa	N=18 (21,4%) 33,3%	N=16 (19,0%) 26,2%	N=36 (42,9%) 43,9%	N=14 (16,7%) 25,5%	N=84 (100,0%) 33,3%
5 kertaa tai enemmän	N=3 (11,5%) 5,6%	N=6 (23,1%) 9,8%	N=14 (53,9%) 17,1%	N=3 (11,5%) 5,5%	N=26 (100,0%) 10,3%

Liitetaulukko 1 jatkuu



Liitetaulukko 1 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Saman lääkärin/sairaanhoidajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla:</b> Kyllä	N=46 (24,6%) 46,0%	N=37 (19,8%) 37,8%	N=25 (13,4%) 33,8%	N=79 (42,2%) 92,9%	N=187 (100,0%) 52,4%
	N=54 (31,8%) 54,0%	N=61 (35,9%) 62,2%	N=49 (28,8%) 66,2%	N=6 (3,5%) 7,1%	N=170 (100,0%) 47,6%
<b>Saman lääkärin/sairaanhoidajan vastaanotolla käynti yksityisellä lääkäriasemalla:</b> Kyllä	N=40 (22,8%) 59,7%	N=35 (20,0%) 47,3%	N=50 (28,6%) 61,0%	N=50 (28,6%) 75,8%	N=175 (100,0%) 60,6%
	N=27 (23,7%) 40,3%	N=39 (34,2%) 52,7%	N=32 (28,1%) 39,0%	N=16 (14,0%) 24,2%	N=114 (100,0%) 39,4%

Liitetaulukko 2. Asiakkaat 2007 – vastaajien taustamuuttajat

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Sukupuoli:</b>					
nainen	N=70 (27,2%) 71,4%	N=57 (22,2%) 70,4%	N=49 (19,1%) 87,5%	N=81 (31,5%) 73,0%	N=257 (100,0%) 74,3%
mies	N=28 (31,5%) 28,6%	N=24 (27,0%) 29,6%	N=7 (7,9%) 12,5%	N=30 (33,6%) 27,0%	N=89 (100,0%) 25,7%
<b>Ikäryhmä:</b>					
15-24-v.	N=0 (0%) 0%	N=3 (27,3%) 3,8%	N=5 (45,4%) 9,1%	N=3 (27,3%) 2,8%	N=11 (100,0%) 3,2%
25-34-v.	N=4 (21,0%) 4,1%	N=3 (15,8%) 3,8%	N=6 (31,6%) 10,9%	N=6 (31,6%) 5,6%	N=19 (100,0%) 5,6%
35-44-v.	N=6 (18,7%) 6,2%	N=2 (6,3%) 2,5%	N=12 (37,5%) 21,8%	N=12 (37,5%) 11,1%	N=32 (100,0%) 9,4%
45-54-v.	N=13 (27,1%) 13,4%	N=2 (4,2%) 2,5%	N=14 (29,2%) 25,5%	N=19 (39,5%) 17,6%	N=48 (100,0%) 14,1%
55-64-v.	N=20 (23,3%) 20,6%	N=26 (30,2%) 32,5%	N=14 (16,3%) 25,5%	N=26 (30,2%) 24,1%	N=86 (100,0%) 25,3%
65-74-v.	N=39 (37,6%) 40,2%	N=31 (29,8%) 38,8%	N=4 (3,8%) 7,3%	N=30 (28,8%) 27,8%	N=104 (100,0%) 30,6%
75-84-v.	N=11 (34,4%) 11,3%	N=12 (37,5%) 15,0%	N=0 (0%) 0%	N=9 (28,1%) 8,3%	N=32 (100,0%) 9,4%
85-94-v.	N=4 (50,0%) 4,1%	N=1 (12,5%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=3 (37,5%) 2,8%	N=8 (100,0%) 2,4%
<b>Kotikunta:</b>					
Lahti	N=89 (44,5%) 98,9%	N=72 (36,0%) 98,6%	N=39 (19,5%) 70,9%	N=0 (0%) 0%	N=200 (100,0%) 62,1%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=1 (1,0%) 1,4%	N=1 (1,0%) 1,8%	N=96 (98,0%) 92,3%	N=98 (100,0%) 30,4%
Nastola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 3,6%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,6%
Orimattila	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 10,9%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 1,9%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Kotikunta:</b>					
Asikkala	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 3,6%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,6%
Heinola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,8%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Sysmä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,8%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Kärkölä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 1,8%	N=3 (75,0%) 2,9%	N=4 (100,0%) 1,2%
Hämeenkoski	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 1,8%	N=3 (75,0%) 2,9%	N=4 (100,0%) 1,2%
Liperi	N=1 (100,0%) 1,1%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Hankasalmi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Joensuu	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,8%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Kutajärvi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,0%	N=1 (100,0%) 0,3%
<b>Koulutus:</b>					
Ei ammatillista koulutusta	N=24 (33,3%) 24,5%	N=26 (36,1%) 32,5%	N=3 (4,2%) 5,4%	N=19 (26,4%) 17,4%	N=72 (100,0%) 21,0%
Ammattikurssi, lyhyt ammattikoulutus, työhessa saatu koulutus	N=36 (43,3%) 36,7%	N=19 (22,9%) 23,8%	N=11 (13,3%) 19,6%	N=17 (20,5%) 15,6%	N=83 (100,0%) 24,2%
Ammattikoulu	N=8 (20,5%) 8,2%	N=8 (20,5%) 10,0%	N=5 (12,8%) 8,9%	N=18 (46,2%) 16,5%	N=39 (100,0%) 11,4%
Kouluasteen tai 2. asteen tutkinto	N=12 (27,3%) 12,2%	N=12 (27,3%) 15,0%	N=4 (9,1%) 7,1%	N=16 (36,3%) 14,7%	N=44 (100,0%) 12,8%
Opistotaso- tai ammattikorkeakoulututkinto	N=11 (13,8%) 11,2%	N=13 (16,3%) 16,3%	N=26 (32,5%) 46,4%	N=30 (37,4%) 27,5%	N=80 (100,0%) 23,3%
Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	N=7 (28,0%) 7,1%	N=2 (8,0%) 2,5%	N=7 (28,0%) 12,5%	N=9 (36,0%) 8,3%	N=25 (100,0%) 7,3%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Ammattiryhmä:</b> Johtavassa asemassa toisen palveluksessa	N=2 (16,7%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=3 (25,0%) 5,4%	N=7 (58,3%) 6,3%	N=12 (100,0%) 3,5%
Toimihenkilö	N=4 (11,4%) 4,1%	N=4 (11,4%) 4,9%	N=21 (60,1%) 37,5%	N=6 (17,1%) 5,4%	N=35 (100,0%) 10,1%
Työntekijä	N=15 (25,9%) 15,5%	N=6 (10,3%) 7,4%	N=14 (24,1%) 25,0%	N=23 (39,7%) 20,7%	N=58 (100,0%) 16,8%
Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja	N=1 (11,1%) 1,0%	N=1 (11,1%) 1,2%	N=4 (44,5%) 7,1%	N=3 (33,3%) 2,7%	N=9 (100,0%) 2,6%
- ei työntekijöitä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 33,3%	N=2 (100,0%) 40,0%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 66,7%	N=2 (100,0%) 40,0%
- keski-suuri yritys, 50-249 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
Maatalousyrittäjä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 2,7%	N=3 (100,0%) 0,9%
Työtön	N=6 (24,0%) 6,2%	N=8 (32,0%) 9,9%	N=4 (16,0%) 7,1%	N=7 (28,0%) 6,3%	N=25 (100,0%) 7,2%
Koululainen tai opiskelija	N=2 (25,0%) 2,1%	N=1 (12,5%) 1,2%	N=3 (37,5%) 5,4%	N=2 (25,0%) 1,8%	N=8 (100,0%) 2,3%
Eläkeläinen	N=66 (34,9%) 68,0%	N=61 (32,3%) 75,3%	N=6 (3,2%) 10,7%	N=56 (29,6%) 50,5%	N=189 (100,0%) 54,8%
Kotiäiti tai koti-isä	N=1 (16,7%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (16,7%) 1,8%	N=4 (66,6%) 3,6%	N=6 (100,0%) 1,7%
Muu	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Tämänhetkinen työnantaja:</b>					
Valtio	N=1 (14,3%) 4,2%	N=0 (0%) 0%	N=4 (57,1%) 9,8%	N=2 (28,6%) 5,4%	N=7 (100,0%) 6,1%
Kunta, kuntayhtymä	N=5 (15,6%) 20,8%	N=3 (9,4%) 23,1%	N=11 (34,4%) 26,8%	N=13 (40,6%) 35,1%	N=32 (100,0%) 27,8%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=6 (42,9%) 25,0%	N=2 (14,3%) 15,4%	N=3 (21,4%) 7,3%	N=3 (21,4%) 8,1%	N=14 (100,0%) 12,2%
Valtioenemmistöinen yritys	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,7%	N=1 (100,0%) 0,9%
Yksityinen yritys	N=12 (21,1%) 50,0%	N=8 (14,0%) 61,5%	N=21 (36,8%) 51,2%	N=16 (28,1%) 43,2%	N=57 (100,0%) 49,6%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=3 (13,6%) 30,0%	N=5 (22,7%) 71,4%	N=8 (36,4%) 42,1%	N=6 (27,3%) 40,0%	N=22 (100,0%) 43,1%
- keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää	N=2 (20,0%) 20,0%	N=1 (10,0%) 14,3%	N=3 (30,0%) 15,8%	N=4 (40,0%) 26,7%	N=10 (100,0%) 19,6%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=5 (26,3%) 50,0%	N=1 (5,3%) 14,3%	N=8 (42,1%) 42,1%	N=5 (26,3%) 33,3%	N=19 (100,0%) 37,3%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 2,4%	N=2 (66,7%) 5,4%	N=3 (100,0%) 2,6%
Muu työnantaja	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,4%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,9%
<b>Nykyistä työ-suhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Valtio	N=7 (31,8%) 9,1%	N=4 (18,2%) 6,5%	N=2 (9,1%) 4,1%	N=9 (40,9%) 10,3%	N=22 (100,0%) 8,0%
Kunta, kuntayhtymä	N=18 (29,5%) 23,4%	N=12 (19,7%) 19,4%	N=12 (19,7%) 24,5%	N=19 (31,1%) 21,8%	N=61 (100,0%) 22,2%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=5 (71,4%) 6,5%	N=0 (0%) 0%	N=2 (28,6%) 4,1%	N=0 (0%) 0%	N=7 (100,0%) 2,5%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Nykyistä työsuhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Valtioenemmistöinen yritys	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 1,6%	N=0 (0%) 0%	N=2 (66,7%) 2,3%	N=3 (100,0%) 1,1%
Yksityinen yritys	N=47 (26,6%) 61,0%	N=44 (24,9%) 71,0%	N=32 (18,1%) 65,3%	N=54 (30,4%) 62,1%	N=177 (100,0%) 64,4%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=23 (31,1%) 54,8%	N=16 (21,6%) 45,7%	N=14 (18,9%) 46,7%	N=21 (28,4%) 44,7%	N=74 (100,0%) 48,1%
- keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää	N=5 (17,9%) 11,9%	N=7 (25,0%) 20,0%	N=7 (25,0%) 23,3%	N=9 (32,1%) 19,1%	N=28 (100,0%) 18,2%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=14 (26,9%) 33,3%	N=12 (23,1%) 34,3%	N=9 (17,3%) 30,0%	N=17 (32,7%) 36,2%	N=52 (100,0%) 33,8%
Yrittäjä	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,6%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,1%	N=2 (0%) 0%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 2,0%	N=2 (66,7%) 2,3%	N=3 (100,0%) 1,1%
Muu työnantaja	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Tämänhetkinen terveydentila:</b>					
Ei osaa sanoa	N=2 (50,0%) 2,0%	N=1 (25,0%) 1,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 0,9%	N=4 (100,0%) 1,2%
Erittäin huono	N=1 (20,0%) 1,0%	N=3 (60,0%) 3,8%	N=0 (0%) 0%	N=1 (20,0%) 0,9%	N=5 (100,0%) 1,5%
Huono	N=14 (45,1%) 14,3%	N=8 (25,8%) 10,1%	N=2 (6,5%) 3,6%	N=7 (22,6%) 6,4%	N=31 (100,0%) 9,1%
Kohtalainen	N=58 (30,8%) 59,2%	N=49 (26,1%) 62,0%	N=19 (10,1%) 34,5%	N=62 (33,0%) 56,9%	N=188 (100,0%) 55,1%
Hyvä	N=21 (22,1%) 21,4%	N=17 (17,9%) 21,5%	N=22 (23,2%) 40,0%	N=35 (36,8%) 32,1%	N=95 (100,0%) 27,9%
Erittäin hyvä	N=2 (11,1%) 2,0%	N=1 (5,6%) 1,3%	N=12 (66,6%) 21,8%	N=3 (16,7%) 2,8%	N=18 (100,0%) 5,3%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma:</b>					
Ei	N=21 (21,0%) 22,3%	N=17 (17,0%) 21,0%	N=27 (27,0%) 50,0%	N=35 (35,0%) 31,8%	N=100 (100,0%) 29,5%
Kyllä	N=73 (30,5%) 77,7%	N=64 (26,8%) 79,0%	N=27 (11,3%) 50,0%	N=75 (31,4%) 68,2%	N=239 (100,0%) 70,5%
<b>Julkisen terveysaseman käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=4 (22,2%) 4,1%	N=2 (11,1%) 2,5%	N=11 (61,1%) 22,0%	N=1 (5,6%) 0,9%	N=18 (100,0%) 5,4%
Kerran	N=8 (13,8%) 8,2%	N=13 (22,4%) 16,5%	N=19 (32,8%) 38,0%	N=18 (31,0%) 16,5%	N=58 (100,0%) 17,3%
2-4 kertaa	N=41 (28,3%) 41,8%	N=41 (28,3%) 51,9%	N=16 (11,0%) 32,0%	N=47 (32,4%) 43,1%	N=145 (100,0%) 43,2%
5 kertaa tai enemmän	N=45 (39,1%) 45,9%	N=23 (20,0%) 29,1%	N=4 (3,5%) 8,0%	N=43 (37,4%) 39,4%	N=115 (100,0%) 34,2%
<b>Yksityisen lääkärikeskuksen käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=16 (26,2%) 24,2%	N=15 (24,6%) 31,9%	N=2 (3,3%) 3,8%	N=28 (45,9%) 43,8%	N=61 (100,0%) 26,5%
Kerran	N=28 (32,6%) 42,4%	N=21 (24,4%) 44,7%	N=16 (18,6%) 30,2%	N=21 (24,4%) 32,8%	N=86 (100,0%) 37,4%
2-4 kertaa	N=16 (26,2%) 24,2%	N=6 (9,8%) 12,8%	N=28 (46,0%) 52,8%	N=11 (18,0%) 17,2%	N=61 (100,0%) 26,5%
5 kertaa tai enemmän	N=6 (27,3%) 9,1%	N=5 (22,7%) 10,6%	N=7 (31,8%) 13,2%	N=4 (18,2%) 6,3%	N=22 (100,0%) 9,6%

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkoa

Sosio- demografinen muuttuja	Jalkaranta- Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla:</b> Kyllä	N=43 (23,9%) 44,8%	N=23 (12,8%) 28,8%	N=17 (9,4%) 33,3%	N=97 (53,9%) 87,4%	N=180 (100,0%) 53,3%
	N=53 (33,5%) 55,2%	N=57 (36,1%) 71,3%	N=34 (21,5%) 66,7%	N=14 (8,9%) 12,6%	N=158 (100,0%) 46,7%
<b>Saman lääkärin/ sairaanhoitajan vastaanotolla käynti yksityisellä lääkäriasemalla:</b> Kyllä	N=49 (30,4%) 65,3%	N=32 (19,9%) 51,6%	N=34 (21,1%) 64,2%	N=46 (28,6%) 59,7%	N=161 (100,0%) 60,3%
	N=26 (24,5%) 34,7%	N=30 (28,4%) 48,4%	N=19 (17,9%) 35,8%	N=31 (29,2%) 40,3%	N=106 (100,0%) 39,7%



Liitetaulukko 3. Asiakkaat 2008 – vastaajien taustamuuttajat

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Sukupuoli:</b>					
nainen	N=62 (31,2%) 60,2%	N=33 (16,6%) 51,6%	N=37 (18,6%) 74,0%	N=67 (33,6%) 63,8%	N=199 (100,0%) 61,8%
mies	N=41 (33,3%) 39,8%	N=31 (25,2%) 48,4%	N=13 (10,6%) 26,0%	N=38 (30,9%) 36,2%	N=123 (100,0%) 38,2%
<b>Ikäryhmä:</b>					
15-24-v.	N=2 (22,2%) 1,9%	N=0 (0%) 0%	N=5 (55,6%) 10,0%	N=2 (22,2%) 2,0%	N=9 (100,0%) 2,8%
25-34-v.	N=5 (27,8%) 4,8%	N=3 (16,6%) 4,6%	N=5 (27,8%) 10,0%	N=5 (27,8%) 5,0%	N=18 (100,0%) 5,6%
35-44-v.	N=9 (45,0%) 8,7%	N=2 (10,0%) 3,1%	N=2 (10,0%) 4,0%	N=7 (35,0%) 6,9%	N=20 (100,0%) 6,3%
45-54-v.	N=9 (22,5%) 8,7%	N=4 (10,0%) 6,2%	N=13 (32,5%) 26,0%	N=14 (35,0%) 13,9%	N=40 (100,0%) 12,5%
55-64-v.	N=24 (27,6%) 23,1%	N=15 (17,2%) 23,1%	N=19 (21,8%) 38,0%	N=29 (33,4%) 28,7%	N=87 (100,0%) 27,2%
65-74-v.	N=39 (37,1%) 37,5%	N=31 (29,5%) 47,7%	N=5 (4,8%) 10,0%	N=30 (28,6%) 29,7%	N=105 (100,0%) 32,8%
75-84-v.	N=14 (36,8%) 13,5%	N=9 (23,8%) 13,8%	N=1 (2,6%) 2,0%	N=14 (36,8%) 13,9%	N=38 (100,0%) 11,9%
85-94-v.	N=2 (66,7%) 1,9%	N=1 (33,3%) 1,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 0,9%
<b>Kotikunta:</b>					
Lahti	N=91 (49,2%) 97,8%	N=60 (32,4%) 98,4%	N=34 (18,4%) 72,3%	N=0 (0%) 0%	N=185 (100,0%) 61,7%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (4,9%) 10,6%	N=98 (95,1%) 99,0%	N=103 (100,0%) 34,3%
Nastola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Kotikunta:</b> Orimattila	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 6,4%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 1,0%
Heinola	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,6%	N=1 (50,0%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 0,7%
Kärkölä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Hämeenkoski	N=1 (50,0%) 1,1%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 1,0%	N=2 (100,0%) 0,7%
Helsinki	N=1 (100,0%) 1,1%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Turku	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
Rovaniemi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,1%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,3%
<b>Koulutus:</b> Ei ammatillista koulutusta	N=16 (26,7%) 15,7%	N=19 (31,7%) 31,1%	N=2 (3,3%) 4,1%	N=23 (38,3%) 21,9%	N=60 (100,0%) 18,9%
Ammattikurssi, lyhyt ammattikoulutus, työn ohessa saatu koulutus	N=37 (46,8%) 36,3%	N=11 (13,9%) 18,0%	N=4 (5,1%) 8,2%	N=27 (34,2%) 25,7%	N=79 (100,0%) 24,9%
Ammattikoulu	N=15 (29,4%) 14,7%	N=14 (27,5%) 23,0%	N=10 (19,6%) 20,4%	N=12 (23,5%) 11,4%	N=51 (100,0%) 16,1%
Kouluasteen tai 2. asteen tutkinto	N=15 (33,3%) 14,7%	N=4 (8,9%) 6,6%	N=10 (22,2%) 20,4%	N=16 (35,6%) 15,2%	N=45 (100,0%) 14,2%
Opistotaso- tai ammattikorkeakoulututkinto	N=17 (28,8%) 16,7%	N=11 (18,6%) 18,0%	N=13 (22,0%) 26,5%	N=18 (30,6%) 17,1%	N=59 (100,0%) 18,6%
Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	N=2 (8,7%) 2,0%	N=2 (8,7%) 3,3%	N=10 (43,5%) 20,4%	N=9 (39,1%) 8,6%	N=23 (100,0%) 7,3%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Ammattiryhmä:</b> Johtavassa asemassa toisen palveluksessa	N=1 (20,0%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (40,0%) 4,0%	N=2 (40,0%) 1,9%	N=5 (100,0%) 1,5%
Toimihenkilö	N=6 (16,7%) 5,8%	N=1 (2,8%) 1,5%	N=14 (38,9%) 28,0%	N=15 (41,6%) 14,3%	N=36 (100,0%) 11,1%
Työntekijä	N=12 (22,6%) 11,5%	N=6 (11,3%) 9,2%	N=22 (41,6%) 44,0%	N=13 (24,5%) 12,4%	N=53 (100,0%) 16,4%
Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja	N=2 (14,3%) 1,9%	N=2 (14,3%) 3,1%	N=2 (14,3%) 4,0%	N=8 (57,1%) 7,6%	N=14 (100,0%) 4,3%
- ei työntekijöitä	N=2 (22,2%) 100,0%	N=1 (11,2%) 100,0%	N=2 (22,2%) 100,0%	N=4 (44,4%) 80,0%	N=9 (100,0%) 90,0%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%	N=1 (100,0%) 10,0%
- keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
Maatalousyrittäjä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 1,9%	N=2 (100,0%) 0,6%
Työtön	N=6 (40,0%) 5,8%	N=5 (33,3%) 7,7%	N=1 (6,7%) 2,0%	N=3 (20,0%) 2,9%	N=15 (100,0%) 4,6%
Koululainen tai opiskelija	N=1 (25,0%) 1,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 2,0%	N=2 (50,0%) 1,9%	N=4 (100,0%) 1,2%
Eläkeläinen	N=76 (39,4%) 73,1%	N=51 (26,4%) 78,5%	N=8 (4,1%) 16,0%	N=58 (30,1%) 55,2%	N=193 (100,0%) 59,6%
Kotiäiti tai koti-isä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 1,9%	N=2 (100,0%) 0,6%
Muu ammattiryhmä	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Tämänhetkinen työnantaja:</b>					
Valtio	N=1 (16,7%) 5,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (33,3%) 5,3%	N=3 (50,0%) 10,0%	N=6 (100,0%) 6,2%
Kunta, kuntayhtymä	N=4 (23,5%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (29,4%) 13,2%	N=8 (47,1%) 26,7%	N=17 (100,0%) 17,5%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=2 (22,2%) 10,0%	N=1 (11,2%) 11,1%	N=4 (44,4%) 10,5%	N=2 (22,2%) 6,7%	N=9 (100,0%) 9,3%
Valtioenemmistöinen yritys	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 2,6%	N=1 (50,0%) 3,3%	N=2 (100,0%) 2,1%
Yksityinen yritys	N=13 (22,0%) 65,0%	N=8 (13,6%) 88,9%	N=23 (39,0%) 60,5%	N=15 (25,4%) 50,0%	N=59 (100,0%) 60,8%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=8 (36,4%) 66,7%	N=4 (18,2%) 57,1%	N=5 (22,7%) 23,8%	N=5 (22,7%) 38,5%	N=22 (100,0%) 41,5%
- keski-suuri yritys, 50-249 työntekijää	N=2 (18,2%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=7 (63,6%) 33,3%	N=2 (18,2%) 15,4%	N=11 (100,0%) 20,8%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=2 (10,0%) 16,7%	N=3 (15,0%) 42,9%	N=9 (45,0%) 42,9%	N=6 (30,0%) 46,2%	N=20 (100,0%) 37,7%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (66,7%) 5,3%	N=1 (33,3%) 3,3%	N=3 (100,0%) 3,1%
Muu työnantaja	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 2,6%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 1,0%
<b>Nykyistä työsuhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Valtio	N=7 (25,9%) 8,2%	N=5 (18,5%) 10,4%	N=3 (11,1%) 7,1%	N=12 (44,5%) 4,3%	N=27 (100,0%) 10,4%
Kunta, kuntayhtymä	N=10 (33,3%) 11,8%	N=2 (6,7%) 4,2%	N=4 (13,3%) 9,5%	N=14 (46,7%) 16,7%	N=30 (100,0%) 11,6%
Järjestö, liitto, yhdistys, säätiö	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 2,1%	N=1 (33,3%) 2,4%	N=1 (33,3%) 1,2%	N=3 (100,0%) 1,2%
Valtioenemmistöinen yritys	N=1 (100,0%) 1,2%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 0,4%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Nykyistä työsuhdetta edeltävä työnantaja:</b>					
Yksityinen yritys	N=64 (33,5%) 75,3%	N=40 (20,9%) 83,3%	N=33 (17,3%) 78,6%	N=54 (28,3%) 64,3%	N=191 (100,0%) 73,7%
- pieni yritys, alle 50 työntekijää	N=17 (28,3%) 33,3%	N=13 (21,7%) 41,9%	N=10 (16,7%) 35,7%	N=20 (33,3%) 40,8%	N=60 (100,0%) 37,7%
- keskisuuri yritys, 50-249 työntekijää	N=13 (31,7%) 25,5%	N=8 (19,5%) 25,8%	N=9 (22,0%) 32,1%	N=11 (26,8%) 22,4%	N=41 (100,0%) 25,8%
- suuri yritys, vähintään 250 työntekijää	N=21 (36,3%) 41,2%	N=10 (17,2%) 32,3%	N=9 (15,5%) 32,1%	N=18 (31,0%) 36,7%	N=58 (100,0%) 36,5%
Yrittäjä	N=3 (60,0%) 3,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (40,0%) 2,4%	N=5 (100,0%) 1,9%
Seurakunta, kirkollinen toimi	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 2,4%	N=1 (50,0%) 1,2%	N=2 (100,0%) 0,8%
Muu työnantaja	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Tämänhetkinen terveydentila:</b>					
Ei osaa sanoa	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
Erittäin huono	N=1 (33,3%) 1,0%	N=1 (33,3%) 1,5%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 1,0%	N=3 (100,0%) 0,9%
Huono	N=16 (42,1%) 15,5%	N=8 (21,1%) 12,3%	N=4 (10,5%) 8,0%	N=10 (26,3%) 9,5%	N=38 (100,0%) 11,8%
Kohtalainen	N=57 (34,4%) 55,3%	N=42 (25,3%) 64,6%	N=20 (12,0%) 40,0%	N=47 (28,3%) 44,8%	N=166 (100,0%) 51,4%
Hyvä	N=27 (26,7%) 26,2%	N=10 (9,9%) 15,4%	N=23 (22,8%) 46,0%	N=41 (40,6%) 39,0%	N=101 (100,0%) 31,3%
Erittäin hyvä	N=2 (13,3%) 1,9%	N=4 (26,7%) 6,2%	N=3 (20,0%) 6,0%	N=6 (40,0%) 5,7%	N=15 (100,0%) 4,6%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma:</b>					
Ei	N=26 (25,7%) 25,5%	N=13 (12,9%) 20,6%	N=25 (24,8%) 50,0%	N=37 (36,6%) 35,6%	N=101 (100,0%) 31,7%
Kyllä	N=76 (34,9%) 74,5%	N=50 (22,9%) 79,4%	N=25 (11,5%) 50,0%	N=67 (30,7%) 64,4%	N=218 (100,0%) 68,3%
<b>Julkisen terveysaseman käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=5 (23,8%) 4,9%	N=2 (9,5%) 3,1%	N=11 (52,4%) 25,0%	N=3 (14,3%) 2,9%	N=21 (100,0%) 6,7%
Kerran	N=18 (29,4%) 17,6%	N=14 (23,0%) 21,9%	N=15 (24,6%) 34,1%	N=14 (23,0%) 13,6%	N=61 (100,0%) 19,5%
2-4 kertaa	N=42 (30,0%) 41,2%	N=29 (20,7%) 45,3%	N=15 (10,7%) 34,1%	N=54 (38,6%) 52,4%	N=140 (100,0%) 44,7%
5 kertaa tai enemmän	N=37 (40,6%) 36,3%	N=19 (20,9%) 29,7%	N=3 (3,3%) 6,8%	N=32 (35,2%) 31,1%	N=91 (100,0%) 29,1%
<b>Yksityisen lääkärikeskuksen käyttö viimeisen vuoden aikana:</b>					
Ei kertaakaan	N=20 (34,5%) 32,8%	N=9 (15,5%) 28,1%	N=3 (5,2%) 6,5%	N=26 (44,8%) 44,8%	N=58 (100,0%) 29,4%
Kerran	N=23 (32,9%) 37,7%	N=18 (25,7%) 56,3%	N=14 (20,0%) 30,4%	N=15 (21,4%) 25,9%	N=70 (100,0%) 35,5%
2-4 kertaa	N=13 (25,0%) 21,3%	N=5 (9,6%) 15,6%	N=19 (36,6%) 41,3%	N=15 (28,8%) 25,9%	N=52 (100,0%) 26,4%
5 kertaa tai enemmän	N=5 (29,4%) 8,2%	N=0 (0%) 0%	N=10 (58,8%) 21,7%	N=2 (11,8%) 3,4%	N=17 (100,0%) 8,6%
<b>Saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolla käynti julkisella terveysasemalla:</b>					
Kyllä	N=40 (24,0%) 39,2%	N=24 (14,4%) 37,5%	N=12 (7,2%) 28,6%	N=91 (54,4%) 87,5%	N=167 (100,0%) 53,5%
Ei	N=62 (42,7%) 60,8%	N=40 (27,6%) 62,5%	N=30 (20,7%) 71,4%	N=13 (9,0%) 12,5%	N=145 (100,0%) 46,5%

Liitetaulukko 3 jatkuu

Liitetaulukko 3 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
<b>Saman lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolla käynti yksityisellä lääkäriasemalla:</b>					
Kyllä	N=42 (30,4%) 53,8%	N=25 (18,1%) 54,3%	N=31 (22,5%) 63,3%	N=40 (29,0%) 55,6%	N=138 (100,0%) 56,3%
Ei	N=36 (33,7%) 46,2%	N=21 (19,6%) 45,7%	N=18 (16,8%) 36,7%	N=32 (29,9%) 44,4%	N=107 (100,0%) 43,7%

Liitetaulukko 4. Henkilöstö 2006 – vastaajien ammatti

Ammatti	Jalkaranta-Metsäkangas	Laune	Hemo	Salpakangas	Kaikki yhteensä
lääkäri	N=2 (8,3%) 15,4%	N=7 (29,2%) 35,0%	N=10 (41,7%) 45,5%	N=5 (20,8%) 25,0%	N=24 (100,0%) 32,0%
sairaanhoitaja	N=10 (32,3%) 76,9%	N=7 (22,6%) 35,0%	N=5 (16,1%) 22,7%	N=9 (29,0%) 45,0%	N=31 (100,0%) 41,3%
terveydenhoitaja	N=0 (0%) 0%	N=3 (25,0%) 15,0%	N=5 (41,7%) 22,7%	N=4 (33,3%) 20,0%	N=12 (100,0%) 16,0%
perus-/lähihoitaja	N=1 (12,5%) 7,7%	N=3 (37,5%) 15,0%	N=2 (25,0%) 9,1%	N=2 (25,0%) 10,0%	N=8 (100%) 10,7%

Liitetaulukko 5. Henkilöstö 2006 – muut taustamuuttajat

Sosio- demografinen muuttaja	Lääkäri	Sairaan- hoitaja	Terveys- hoitaja	Perus-/ lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työsuhteen laatu:</b> <b>Jalkaranta- Metsäkangas</b> vakituinen	N=1 (14,3%) 50,0%	N=5 (71,4%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (14,3%) 100%	N=7 (100,0%) 53,8%
määräaikainen yli 1 kk	N=1 (16,7%) 50,0%	N=5 (83,3%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 46,2%
<b>Laune</b> vakituinen	N=2 (20,0%) 28,6%	N=6 (60,0%) 85,7%	N=1 (10,0%) 33,3%	N=1 (10,0%) 33,3%	N=10 (100,0%) 50,0%
määräaikainen yli 1 kk	N=5 (50,0%) 71,4%	N=1 (10,0%) 14,3%	N=2 (20,0%) 66,7%	N=2 (20,0%) 66,7%	N=10 (100,0%) 50,0%
<b>Hemo</b> vakituinen	N=0 (0%) 0%	N=5 (41,7%) 100,0%	N=5 (41,7%) 100,0%	N=2 (16,6%) 100,0%	N=12 (100,0%) 54,5%
määräaikainen yli 1 kk	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
ammattinharjoittaja	N=9 (100,0%) 90,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=9 (100,0%) 40,9%
jokin muu	N=1 (100,0%) 10,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,5%
<b>Salpakangas</b> vakituinen	N=4 (26,7%) 80,0%	N=6 (40,0%) 66,7%	N=3 (20,0%) 75,0%	N=2 (13,3%) 100,0%	N=15 (100,0%) 75,0%
määräaikainen yli 1 kk	N=1 (20,0%) 20,0%	N=3 (60,0%) 33,3%	N=1 (20,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 25,0%
<b>Kotikunta:</b> <b>Jalkaranta- Metsäkangas</b> Lahti	N=2 (20,0%) 100,0%	N=7 (70,0%) 87,5%	N=0 (0%) 0%	N=1 (10,0%) 100,0%	N=10 (100,0%) 90,9%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 9,1%

Liitetaulukko 5 jatkuu



Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Kotikunta:</b>					
<b>Laune</b>					
Lahti	N=2 (15,4%) 40,0%	N=7 (53,8%) 100,0%	N=2 (15,4%) 66,7%	N=2 (15,4%) 66,7%	N=13 (100,0%) 72,2%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 100,0% 5,6%
Mikkeli	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,6%
Iitti	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,6%
Helsinki	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,6%
Heinola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 100,0% 33,3%	N=1 (100,0%) 5,6%
<b>Hemo</b>					
Lahti	N=7 (46,7%) 77,8%	N=4 (26,7%) 80,0%	N=2 (13,3%) 40,0%	N=2 (13,3%) 100,0%	N=15 (100,0%) 71,4%
Hollola	N=2 (33,3%) 22,2%	N=1 (16,7%) 20,0%	N=3 (50,0%) 60,0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 28,6%
<b>Salpakangas</b>					
Lahti	N=1 (20,0%) 20,0%	N=2 (40,0%) 22,2%	N=2 (40,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 25,0%
Hollola	N=4 28,6% 80,0%	N=6 42,9% 66,7%	N=2 14,3% 50,0%	N=2 14,3% 100,0%	N=14 100,0% 70,0%
Orimattila	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,0%
<b>Työmatkan pituus:</b>					
<b>Jalkaranta-Metsäkangas</b>					
1-4 km	N=0 (0%) 0%	N=5 (83,3%) 55,6%	N=0 (0%) 0%	N=1 (16,7%) 100,0%	N=6 (100,0%) 50,0%
5-10 km	N=2 (33,3%) 100,0%	N=4 (66,7%) 44,4%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 50,0%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 5 jatkuu

Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus:</b>					
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Laune</b>					
1-4 km	N=2 (25,0%) 28,6%	N=4 (50,0%) 57,1%	N=1 (12,5%) 33,3%	N=1 (12,5%) 33,3%	N=8 (100,0%) 40,0%
5-10 km	N=3 (37,5%) 42,9%	N=3 (37,5%) 42,9%	N=1 (12,5%) 33,3%	N=1 (12,5%) 33,3%	N=8 (100,0%) 40,0%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 33,3%	N=1 (100,0%) 5,0%
yli 50 km	N=2 (100,0%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 10,0%
<b>Hemo</b>					
1-4 km	N=3 (50,0%) 30,0%	N=1 (16,7%) 20,0%	N=1 (16,7%) 20,0%	N=1 (16,7%) 50,0%	N=6 (100,0%) 27,3%
5-10 km	N=6 (42,9%) 60,0%	N=4 (28,6%) 80,0%	N=3 (21,4%) 60,0%	N=1 (7,1%) 50,0%	N=14 (100,0%) 63,6%
11-20 km	N=1 (50,0%) 10,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,1%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 5 jatkuu

Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus: Salpakangas</b>					
1-4 km	N=1 (9,1%) 20,0%	N=6 (54,5%) 66,7%	N=2 (18,2%) 50,0%	N=2 (18,2%) 100,0%	N=11 (100,0%) 55,0%
5-10 km	N=0 (0%) 0%	N=2 (66,7%) 22,2%	N=1 (33,3%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 15,0%
11-20 km	N=4 (80,0%) 80,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (20,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 25,0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Työ julkisella/ yksi-tyisellä valmistumisen jälkeen Jalkaranta-Metsäkangas julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 10,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,7%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 30,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 23,1%
5-10 vuotta	N=1 (33,3%) 50,0%	N=2 (66,7%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 23,1%
yli 10 vuotta	N=1 (16,7%) 50,0%	N=4 (66,7%) 40,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (16,7%) 100,0%	N=6 (100,0%) 46,2%

Liitetaulukko 5 jatkuu

Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen: Jalkaranta-Metsäkangas yksityisellä</b> ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 100,0%	N=2 (100,0%) 66,7%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 33,3%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Laune julkisella</b> ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=2 (66,7%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 15,0%
2-4 vuotta	N=2 (100,0%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 10,0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 14,3%	N=1 (33,3%) 33,3%	N=1 (33,3%) 33,3%	N=3 (100,0%) 15,0%
yli 10 vuotta	N=3 (25,0%) 42,9%	N=6 (50,0%) 85,7%	N=1 (8,3%) 33,3%	N=2 (16,7%) 66,7%	N=12 (100,0%) 60,0%

Liitetaulukko 5 jatkuu

Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/yksityisellä valmistumisen jälkeen:</b>					
<b>Laune yksityisellä ei lainkaan</b>	N=2 (100,0%) 50,0%	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 14,3%
alle 2 vuotta	N=1 (9,1%) 25,0%	N=6 (54,5%) 100,0%	N=3 (27,3%) 100,0%	N=1 (9,1%) 100,0%	N=11 (100,0%) 78,6%
2-4 vuotta	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Hemo julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 25,0%	N=1 (50,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 10,0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 5,0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 25,0%	N=1 (33,3%) 25,0%	N=1 (33,3%) 50,0%	N=3 (100,0%) 15,0%
yli 10 vuotta	N=10 (71,4%) 100,0%	N=2 (14,3%) 50,0%	N=1 (7,1%) 25,0%	N=1 (7,1%) 50,0%	N=14 (100,0%) 70,0%
<b>yksityisellä ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=2 (66,7%) 50,0%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 14,3%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=3 (75,0%) 30,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 19,0%
yli 10 vuotta	N=7 (50,0%) 70,0%	N=2 (14,3%) 50,0%	N=3 (21,4%) 60,0%	N=2 (14,3%) 100,0%	N=14 (100,0%) 66,7%

Liitetaulukko 5 jatkuu

Liitetaulukko 5 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella /yksityisellä valmistumisen jälkeen:</b>					
<b>Salpakangas julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=3 (75,0%) 37,5%	N=1 (25,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 21,1%
5-10 vuotta	N=2 (50,0%) 40,0%	N=1 (25,0%) 12,5%	N=1 (25,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 21,1%
yli 10 vuotta	N=3 (27,3%) 60,0%	N=4 (36,4%) 50,0%	N=2 (18,2%) 50,0%	N=2 (18,2%) 100,0%	N=11 (100,0%) 57,9%
<b>yksityisellä ei lainkaan</b>	N=1 (33,3%) 100,0%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 100,0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 6. Henkilöstö 2007 – vastaajien ammatti

<b>Ammatti</b>	<b>Jalkaranta-Metsäkangas</b>	<b>Laune</b>	<b>Hemo</b>	<b>Salpakangas</b>	<b>Kaikki yhteensä</b>
lääkäri	N=6 (27,3%) 42,9%	N=2 (9,1%) 14,3%	N=10 (45,5%) 41,7%	N=4 (18,2%) 28,6%	N=22 (100,0%) 33,3%
sairaanhoitaja	N=6 (9,1%) 42,9%	N=8 (34,8%) 57,1%	N=2 (8,7%) 8,3%	N=7 (30,4%) 50,0%	N=23 (100,0%) 34,8%
terveydenhoitaja	N=1 (11,1%) 7,1%	N=1 (11,1%) 7,1%	N=6 (66,7%) 25,0%	N=1 (11,1%) 7,1%	N=9 (100,0%) 13,6%
perus-/lähihoitaja	N=1 (8,3%) 7,1%	N=3 (25,0%) 21,4%	N=6 (50,0%) 25,0%	N=2 (16,7%) 14,3%	N=12 (100,0%) 18,2%

Liitetaulukko 7. Henkilöstö 2007 – muut taustamuuttajat

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työsuhteen laatu:</b>					
<b>Jalkaranta-Metsäkangas</b>					
vakituisen	N=5 (45,5%) 83,3%	N=4 (36,4%) 66,7%	N=1 (9,1%) 100,0%	N=1 (9,1%) 100,0%	N=11 (100,0%) 78,6%
määräaikainen yli 1 kk	N=1 (33,3%) 16,7%	N=2 (66,7%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 21,4%
<b>Laune</b>					
vakituisen	N=0 (0%) 0%	N=4 (80,0%) 50,0%	N=1 (20,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 35,7%
määräaikainen yli 1 kk	N=2 (22,2%) 100,0%	N=4 (44,4%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (33,3%) 100,0%	N=9 (100,0%) 64,3%
<b>Hemo</b>					
vakituisen	N=1 (7,1%) 10,0%	N=2 (14,3%) 100,0%	N=5 (35,7%) 83,3%	N=6 (42,9%) 100,0%	N=14 (100,0%) 58,3%
määräaikainen yli 1 kk	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,2%
ammattinharjoittaja	N=8 (100,0%) 80,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=8 (100,0%) 33,3%
jokin muu	N=1 (100,0%) 10,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,2%

Liitetaulukko 7 jatkuu



Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työsuhteen laatu:</b>					
<b>Salpakangas</b> vakituinen	N=3 (25,0%) 75,0%	N=6 (50,0%) 85,7%	N=1 (8,3%) 100,0%	N=2 (16,7%) 100,0%	N=12 (100,0%) 85,7%
määräaikainen yli 1 kk	N=1 (50,0%) 25,0%	N=1 (50,0%) 14,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
<b>Kotikunta</b>					
<b>Jalkaranta-</b> <b>Metsäkangas</b>					
Lahti	N=5 (50,0%) 83,3%	N=4 (40,0%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=1 (10,0%) 100,0%	N=10 (100,0%) 71,4%
Hollola	N=1 (25,0%) 16,7%	N=2 (50,0%) 33,3%	N=1 (25,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 28,6%
<b>Laune</b>					
Lahti	N=0 (0%) 0%	N=8 (80,0%) 100,0%	N=1 (10,0%) 100,0%	N=1 (10,0%) 100,0%	N=10 (100,0%) 90,9%
Kärkölä	N=1 (100,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 9,1%
<b>Hemo</b>					
Lahti	N=7 (41,2%) 77,8%	N=2 (11,8%) 100,0%	N=3 (17,6%) 60,0%	N=5 (29,4%) 83,3%	N=17 (100,0%) 77,3%
Hollola	N=2 (50,0%) 22,2%	N=0 (0%) 0%	N=2 (50,0%) 40,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 18,2%
Orimattila	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 16,7%	N=1 (100,0%) 4,5%
<b>Salpakangas</b>					
Lahti	N=1 (50,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
Hollola	N=3 (30,0%) 75,0%	N=5 (50,0%) 71,4%	N=0 (0%) 0%	N=2 (20,0%) 100,0%	N=10 (100,0%) 71,4%
Orimattila	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 14,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
Hämeenkoski	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 14,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%

Liitetaulukko 7 jatkuu

Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus: Jalkaranta-Metsäkangas</b>					
1-4 km	N=3 (50,0%) 50,0%	N=3 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 42,9%
5-10 km	N=3 (42,9%) 50,0%	N=3 (42,9%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (14,3%) 100,0%	N=7 (100,0%) 50,0%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Laune</b>					
1-4 km	N=0 (0%) 0%	N=4 (66,7%) 50,0%	N=1 (16,7%) 100,0%	N=1 (16,7%) 100,0%	N=6 (100,0%) 50,0%
5-10 km	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 33,3%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=2 (100,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 7 jatkuu

Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus: Hemo</b>					
1-4 km	N=2 (25,0%) 22,2%	N=2 (25,0%) 100,0%	N=2 (25,0%) 33,3%	N=2 (25,0%) 40,0%	N=8 (100,0%) 36,4%
5-10 km	N=5 (50,0%) 55,6%	N=0 (0%) 0%	N=3 (30,0%) 50,0%	N=2 (20,0%) 40,0%	N=10 (100,0%) 45,5%
11-20 km	N=2 (66,7%) 22,2%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 13,6%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%	N=1 (100,0%) 4,5%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Salpakangas</b>					
1-4 km	N=2 (33,3%) 50,0%	N=2 (33,3%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=2 (33,3%) 100,0%	N=6 (100,0%) 42,9%
5-10 km	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
11-20 km	N=2 (50,0%) 50,0%	N=1 (25,0%) 14,3%	N=1 (25,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 28,6%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 7 jatkuu

Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen:</b>					
<b>Jalkaranta-Metsäkangas julkisella</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) ,0%	N=0 (0%) ,0%	N=0 (0%) ,0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) ,0%	N=0 (0%) ,0%	N=1 (100,0%) 7,1%
2-4 vuotta	N=1 (50,0%) 16,7%	N=1 (50,0%) 16,7%	N=0 (0%) ,0%	N=0 (0%) ,0%	N=2 (100,0%) 14,3%
5-10 vuotta	N=5 (45,5%) 83,3%	N=4 (36,4%) 66,7%	N=1 (9,1%) 100,0%	N=1 (9,1%) 100,0%	N=11 (100,0%) 78,6%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>yksityisellä</b>					
ei lainkaan	N=2 (100,0%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 40,0%
alle 2 vuotta	N=1 (50,0%) 33,3%	N=1 (50,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 40,0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%
<b>Laune julkisella</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 100,0% 12,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
yli 10 vuotta	N=2 (16,7%) 100,0%	N=6 (50,0%) 75,0%	N=1 (8,3%) 100,0%	N=3 (25,0%) 100,0%	N=12 (100,0%) 85,7%

Liitetaulukko 7 jatkuu

## Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen:</b>					
<b>Laune yksityisellä</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=2 (22,2%) 100,0%	N=4 (44,4%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=3 (33,3%) 100,0%	N=9 (100,0%) 75,0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=2 (66,7%) 33,3%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 25,0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Hemo julkisella</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,5%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%	N=1 (100,0%) 4,5%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 50,0%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=3 (100,0%) 13,6%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 40,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,1%
yli 10 vuotta	N=10 (66,7%) 100,0%	N=1 (6,7%) 50,0%	N=1 (6,7%) 20,0%	N=3 (20,0%) 60,0%	N=15 (100,0%) 68,2%
<b>yksityisellä</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 8,3%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=1 (25,0%) 10,0%	N=1 (25,0%) 50,0%	N=1 (25,0%) 16,7%	N=1 (25,0%) 16,7%	N=4 (100,0%) 16,7%
yli 10 vuotta	N=9 50,0% 90,0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (22,2%) 66,7%	N=5 (27,8%) 83,3%	N=18 (100,0%) 75,0%

Liitetaulukko 7 jatkuu

Liitetaulukko 7 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen: Salpakangas julkisella</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 7,1%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 14,3%	N=1 (50,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 28,6%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 14,3%
yli 10 vuotta	N=3 (33,3%) 75,0%	N=4 (44,4%) 57,1%	N=0 (0%) 0%	N=2 (22,2%) 100,0%	N=9 (100,0%) 64,3%
<b>yksityisellä ei lainkaan</b>	N=2 (50,0%) 100,0%	N=1 (25,0%) 100,0%	N=1 (25,0%) 100,0%	N=0 (0%) ,0%	N=4 (100,0%) 100,0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

*Liitetaulukko 8. Henkilöstö 2008 – vastaajien ammatti*

<b>Ammatti</b>	<b>Jalkaranta-Metsäkangas</b>	<b>Laune</b>	<b>Hemo</b>	<b>Salpakangas</b>	<b>Kaikki yhteensä</b>
lääkäri	N=2 (8,3%) 22,2%	N=4 (16,7%) 36,4%	N=6 (25,0%) 26,1%	N=12 (50,0%) 57,1%	N=24 (100,0%) 37,5%
sairaanhoitaja	N=5 (29,4%) 55,6%	N=3 (17,6%) 27,3%	N=3 (17,6%) 13,0%	N=6 (35,3%) 28,6%	N=17 (100,0%) 26,6%
terveydenhoitaja	N=1 (12,5%) 11,1%	N=2 (25,0%) 18,2%	N=5 (62,5%) 21,7%	N=0 (0%) ,0%	N=8 (100,0%) 12,5%
perus-/lähihoitaja	N=1 (6,7%) 11,1%	N=2 (13,3%) 18,2%	N=9 (60,0%) 39,1%	N=3 (20,0%) 14,3%	N=15 (100,0%) 23,4%

Liitetaulukko 9. Henkilöstö 2008 – muut taustamuuttajat

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työsuhteen laatu:</b> <b>Jalkaranta-Metsäkangas</b> vakituinen	N=1 (14,3%) 50,0%	N=4 (57,1%) 80,0%	N=1 (14,3%) 100,0%	N=1 (14,3%) 100,0%	N=7 (100,0%) 77,8%
määräaikainen yli 1 kk	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 22,2%
<b>Laune</b> vakituinen	N=1 (20,0%) 25,0%	N=2 (40,0%) 66,7%	N=1 (20,0%) 50,0%	N=1 (20,0%) 50,0%	N=5 (100,0%) 45,5%
määräaikainen yli 1 kk	N=3 (50,0%) 75,0%	N=1 (16,7%) 33,3%	N=1 (16,7%) 50,0%	N=1 (16,7%) 50,0%	N=6 (100,0%) 54,5%
<b>Hemo</b> vakituinen	N=2 (11,8%) 33,3%	N=3 (17,6%) 100,0%	N=4 (23,5%) 80,0%	N=8 (47,1%) 88,9%	N=17 (100,0%) 73,9%
määräaikainen yli 1 kk	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=1 (50,0%) 11,1%	N=2 (100,0%) 8,7%
ammattinharjoittaja	N=4 (100,0%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 17,4%
jokin muu	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Salpakangas</b> vakituinen	N=9 (52,9%) 75,0%	N=5 (29,4%) 83,3%	N=0 (0%) 0%	N=3 (17,6%) 100,0%	N=17 (100,0%) 81,0%
määräaikainen yli 1 kk	N=3 (75,0%) 25,0%	N=1 (25,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 19,0%
<b>Kotikunta:</b> <b>Jalkaranta-Metsäkangas</b> Lahti	N=2 (25,0%) 100,0%	N=4 (50,0%) 80,0%	N=1 (12,5%) 100,0%	N=1 (12,5%) 100,0%	N=8 (100,0%) 88,9%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%
<b>Laune</b> Lahti	N=3 (33,3%) 75,0%	N=3 (33,3%) 100,0%	N=2 (22,2%) 100,0%	N=1 (11,1%) 50,0%	N=9 (100,0%) 81,8%
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 50,0%	N=1 (100,0%) 9,1%
Kärkölä	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 9,1%

Liitetaulukko 9 jatkuu



Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Kotikunta:</b>					
<b>Hemo</b>	N=5 (26,3%) 100,0%	N=3 (15,8%) 100,0%	N=3 (15,8%) 75,0%	N=8 (42,1%) 88,9%	N=19 (100,0%) 90,5%
Lahti					
Hollola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,8%
Nastola	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%	N=1 (100,0%) 4,8%
<b>Salpakangas</b>					
<b>Lahti</b>	N=2 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,5%
Hollola	N=5 (45,5%) 41,7%	N=4 (36,4%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=2 (18,2%) 66,7%	N=11 (100,0%) 52,4%
Helsinki	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,8%
Kärkölä	N=2 (66,7%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 33,3%	N=3 (100,0%) 14,3%
Hämeenkoski	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,8%
Nastola	N=2 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,5%
Ristiina	N=1 (100,0%) 8,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,8%

Liitetaulukko 9 jatkuu

Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoidtaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus:</b>					
<b>Jalkaranta-Metsäkangas</b>					
1-4 km	N=2 (33,3%) 100,0%	N=4 (66,7%) 80,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=6 (100,0%) 66,7%
5-10 km	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=3 (100,0%) 33,3%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Laune</b>					
1-4 km	N=1 (25,0%) 25,0%	N=2 (50,0%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 50,0%	N=4 (100,0%) 36,4%
5-10 km	N=2 (33,3%) 50,0%	N=1 (16,7%) 33,3%	N=2 (33,3%) 100,0%	N=1 (16,7%) 50,0%	N=6 (100,0%) 54,5%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=1 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 9,1%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%

Liitetaulukko 9 jatkuu

Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työmatkan pituus: Hemo</b>					
1-4 km	N=3 (30,0%) 50,0%	N=1 (10,0%) 33,3%	N=2 (20,0%) 40,0%	N=4 (40,0%) 44,4%	N=10 (100,0%) 43,5%
5-10 km	N=3 (25,0%) 50,0%	N=2 (16,7%) 66,7%	N=3 (25,0%) 60,0%	N=4 (33,3%) 44,4%	N=12 (100,0%) 52,2%
11-20 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%	N=1 (100,0%) 4,3%
21-30 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Salpakangas</b>					
1-4 km	N=4 (40,0%) 33,3%	N=3 (30,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (30,0%) 100,0%	N=10 (100,0%) 47,6%
5-10 km	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,5%
11-20 km	N=3 (100,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 14,3%
21-30 km	N=4 (80,0%) 33,3%	N=1 (20,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 23,8%
31-50 km	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 50 km	N=1 (100,0%) 8,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 4,8%

Liitetaulukko 9 jatkuu

Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen: Jalkaranta-Metsäkangas julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 22,2%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=1 (50,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 22,2%
yli 10 vuotta	N=1 (20,0%) 50,0%	N=3 (60,0%) 60,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (20,0%) 100,0%	N=5 (100,0%) 55,6%
<b>yksityisellä ei lainkaan</b>	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 50,0%
alle 2 vuotta	N=1 (50,0%) 50,0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 50,0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Laune julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=1 (50,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 18,2%
2-4 vuotta	N=1 (50,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=2 (100,0%) 18,2%
5-10 vuotta	N=1 (50,0%) 25,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 18,2%
yli 10 vuotta	N=1 (20,0%) 25,0%	N=3 (60,0%) 100,0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (20,0%) 50,0%	N=5 (100,0%) 45,5%

Liitetaulukko 9 jatkuu

Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveystenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen:</b>					
<b>Laune</b>					
ei lainkaan	N=1 (100,0%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 11,1%
alle 2 vuotta	N=1 (33,3%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 50,0%	N=1 (33,3%) 100,0%	N=3 (100,0%) 33,3%
2-4 vuotta	N=1 (20,0%) 33,3%	N=3 (60,0%) 100,0%	N=1 (20,0%) 50,0%	N=0 (0%) 0%	N=5 (100,0%) 55,6%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
yli 10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
<b>Hemo julkisella</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=1 (50,0%) 16,7%	N=2 (100,0%) 10,0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (50,0%) 20,0%	N=1 (50,0%) 16,7%	N=2 (100,0%) 10,0%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 33,3%	N=2 (100,0%) 10,0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (33,3%) 33,3%	N=1 (33,3%) 20,0%	N=1 (33,3%) 16,7%	N=3 (100,0%) 15,0%
yli 10 vuotta	N=6 (54,5%) 100,0%	N=2 (18,2%) 66,7%	N=2 (18,2%) 40,0%	N=1 (9,1%) 16,7%	N=11 (100,0%) 55,0%
<b>yksityisellä</b>					
ei lainkaan	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 100,0% 12,5%	N=1 100,0% 4,5%
2-4 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
5-10 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (25,0%) 33,3%	N=1 (25,0%) 20,0%	N=2 50,0% 25,0%	N=4 100,0% 18,2%
yli 10 vuotta	N=6 (35,3%) 100,0%	N=2 (11,8%) 66,7%	N=4 (23,5%) 80,0%	N=5 29,4% 62,5%	N=17 100,0% 77,3%

Liitetaulukko 9 jatkuu

Liitetaulukko 9 jatkoa

Sosio-demografinen muuttuja	Lääkäri	Sairaanhoitaja	Terveydenhoitaja	Perus-/lähihoitaja	Kaikki yhteensä
<b>Työ julkisella/ yksityisellä valmistumisen jälkeen: Salpakangas julkisella ei lainkaan</b>	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%
alle 2 vuotta	N=1 (50,0%) 8,3%	N=1 (50,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,5%
2-4 vuotta	N=2 (100,0%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=2 (100,0%) 9,5%
5-10 vuotta	N=2 (66,7%) 16,7%	N=1 (33,3%) 16,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=3 (100,0%) 14,3%
yli 10 vuotta	N=7 (50,0%) 58,3%	N=4 (28,6%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=3 (21,4%) 100,0%	N=14 (100,0%) 66,7%
<b>yksityisellä ei lainkaan</b>	N=2 (50,0%) 40,0%	N=2 (50,0%) 66,7%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=4 (100,0%) 50,0%
alle 2 vuotta	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 33,3%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%
2-4 vuotta	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%
5-10 vuotta	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%
yli 10 vuotta	N=1 (100,0%) 20,0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=0 (0%) 0%	N=1 (100,0%) 12,5%

Liitetaulukko 10. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktiot vuonna 2006

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
13.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,617*	,051	-,214
13.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	-,589*	-,189	,410
13.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,310*	-,079	,181
13.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	,260*	,031	,157
13.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	,254*	-,072	,227
13.17 Julkisia terveystalvveluja tulisi yksityistää asteittain.	,251*	-,122	,155
13.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	,214*	-,051	,031
13.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,192*	-,045	,007
13.2 Ansiosidonnaista työttömyys-turvaa ei tulisi lakkauttaa.	-,094	,820*	,554
13.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	-,077	,153*	,137
13.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	-,054	,141*	-,030
13.1 Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	,530	-,374	,748*
13.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	,274	-,081	,307*
13.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	-,168	,203	,301*
13.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	-,239	,121	,284*
13.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	,101	,065	,216*
13.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,082	-,037	,200*
13.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	,152	-,098	,186*
13.15 Valtion omistususuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,007	,034	,090*

*Liitetaulukko 11. Asiakkaiden palvelukokemusten erottelufunktiot vuonna 2006*

Palvelun laadun ulottuvuus	Funktio		
	1	2	3
12.5 Puhelinyhteyden saaminen terveys- asemalle/ lääkärikeskukseen	,894*	,031	-,447
12.6 Puhelimessa Teitä palvelleeseen henkilö- kunnan käytös	,581*	,073	-,138
12.7 Puhelimessa Teitä palvelleeseen henkilökunnan ammattitaito	,533*	,133	-,106
12.13 Käytös: Arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus lääkärin vastaanotolla	,490*	-,246	,470
12.9 Ilmoittautumisen sujuvuus	,477*	,099	,006
12.12 Odotusaika ilmoittautumisesta lääkärin vastaanotolle	,465*	-,175	,353
12.10 Henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa	,449*	,047	,050
12.8 Odotusajan pituus tulostanne siihen, kun Teitä palveltiin ilmoittautumisessa	,423*	-,012	,021
12.11 Henkilökunnan antamien ohjeiden selkeys ja riittävyys	,381*	024	,080
12.1 Tilojen sisustus	,388	,837*	,387
12.4 Tilojen turvallisuus	,346	,455*	,235
12.3 Tilojen yksityisyyden suoja	,357	,421*	,169
12.2 Tilojen käytännöllisyys	,302	,352*	,182
12.15 Tiedon saanti lääkärin vastaanotolla	,587	-,396	,707*
12.18 Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla	,486	-,295	,590*
12.16 Jatkohoito-ohjeet lääkärin vastaanotolla	,527	-,280	554*
12.19 Vastaanottoajan pituus lääkärin vastaanotolla	,506	-,223	,554*
12.17 Terveysneuvonta lääkärin vastaanotolla	,436	-,223	,552*
12.20 Tyytyväisyys hoitoon lääkärin vastaanotolla	,478	-,259	,516*
12.14 Ammattitaito lääkärin vastaanotolla	,474	-,241	,484*



*Liitetaulukko 12. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktiot vuonna 2007*

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
13.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	,468*	,209	,260
13.17 Julkisia terveystalvaeluja tulisi yksityistää asteittain.	,414*	,176	,047
13.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,397*	-,072	,066
13.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	-,334*	,089	,103
13.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	,316*	-,213	,231
13.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	-,240*	,214	-,082
13.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	-,165*	-,128	,094
13.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	,048	,593*	,226
13.15 Valtion omistussosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,241	,507*	-,041
13.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	-,146	,454*	,188
13.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	,089	,438*	,052
13.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,014	,282*	,035
13.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	-,184	,224*	-,166
13.1 Yhteiskuntamme tulisi perustaa enemmän keskinäiselle kilpailulle.	-,043	-,002	,521*
13.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,005	-,074	,489*
13.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,325	-,038	-,381*
13.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	-,077	-,001	,345*
13.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	,104	-,166	,175*
13.2 Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	,045	-,041	,111*

*Liitetaulukko 13. Asiakkaiden palvelukokemusten erottelufunktiot vuonna 2007*

Palvelun laadun ulottuvuus	Funktio		
	1	2	3
12.5 Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen	,810*	,380	,000
12.8 Odotusajan pituus tulostanne siihen, kun Teitä palveltiin ilmoittautumisessa	,721*	,380	-,579
12.6 Puhelimessa Teitä palvelleen henkilökunnan käytös	,646*	-,151	,044
12.9 Ilmoittautumisen sujuvuus	,606*	,191	-,318
12.11 Henkilökunnan antamien ohjeiden selkeys ja riittävyys	,579*	,109	-,059
12.12 Odotusaika ilmoittautumisesta lääkärin vastaanotolle	,537*	,314	,266
12.7 Puhelimessa Teitä palvelleen henkilökunnan	,519*	-,098	,031
12.13 Käytös: Arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus lääkärin vastaanotolla	,510*	,369	,459
12.19 Vastaanottoajan pituus lääkärin vastaanotolla	,499*	,275	,473
12.10 Henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa	,477*	,145	-,142
12.3 Tilojen yksityisyyden suoja	,383*	-,036	-,055
12.2 Tilojen käytännöllisyys	,374*	-,059	-,097
12.4 Tilojen turvallisuus	,361*	-,069	-,099
12.1 Tilojen sisustus	,345*	-,020	-,113
12.14 Ammattitaito lääkärin vastaanotolla	,583	,459	,671*
12.18 Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla	,498	,359	,530*
12.15 Tiedon saanti lääkärin vastaanotolla	,507	,392	,513*
12.16 Jatkohoito-ohjeet lääkärin vastaanotolla	,450	,327	,480*
12.20 Tyytyväisyys hoitoon lääkärin vastaanotolla	,453	,330	,471*
12.17 Terveysneuvonta lääkärin vastaanotolla	,362	,357	,437*

Liitetaulukko 14. Asiakkaiden preferenssien erottelufunktiot vuonna 2008

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
13.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	-,402*	,178	-,151
13.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	,385*	,004	,033
13.2 Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	,285*	,048	-,027
13.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	,189*	,168	,181
13.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	,175*	-,100	-,023
13.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,371	-,426*	,071
13.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	-,233	-,353*	,154
13.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	,277	,284*	-,265
13.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,000	-,145*	,010
13.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	,096	,144*	,082
13.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	-,047	,108*	,008
13.17 Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain.	,090	,310	,412*
13.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,151	,046	,393*
13.15 Valtion omistususuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,188	-,243	,330*
13.1 Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	-,075	-,121	-,300*
13.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,106	-,078	,168*
13.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	-,099	,147	,165*
13.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	,028	-,012	,142*
13.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	,002	,048	,141*

Liitetaulukko 15. Asiakkaiden palvelukokemusten erottelufunktiot vuonna 2008

Palvelun laadun ulottuvuus	Funktio		
	1	2	3
12.5 Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle/ lääkärikeskukseen	,767*	-,201	-,609
12.14 Ammattitaito lääkärin vastaanotolla	,691*	-,018	,396
12.16 Jatkohoito-ohjeet lääkärin vastaanotolla	,679*	-,024	,400
12.20 Tyytyväisyys hoitoon lääkärin vastaanotolla	,678*	-,322	,661
12.15 Tiedon saanti lääkärin vastaanotolla	,657*	-,082	,422
12.18 Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla	,616*	-,219	,548
12.13 Käytös: Arvostus, ystävällisyys ja kohteliaisuus lääkärin vastaanotolla	,613*	-,035	,428
12.10 Henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa	,599*	,542	,076
12.19 Vastaanottoajan pituus lääkärin vastaanotolla	,599*	-,200	,499
12.17 Terveysneuvonta lääkärin vastaanotolla	,599*	-,038	,371
12.12 Odotusaika ilmoittautumisesta lääkärin vastaanotolle	,583*	,107	,208
12.8 Odotusajan pituus tulostanne siihen, kun Teitä palveltiin ilmoittautumisessa	,559*	,506	-,013
12.6 Puhelimessa Teitä palvelle henkilökunnan käytös	,552*	-,020	-,257
12.11 Henkilökunnan antamien ohjeiden selkeys ja riittävyys	,533*	,520	,065
12.7 Puhelimessa Teitä palvelle henkilökunnan ammattitaito	,531*	-,038	-,249
12.1 Tilojen sisustus	,370*	,196	-,078
12.3 Tilojen yksityisyyden suoja	,337*	,132	-,068
12.4 Tilojen turvallisuus	,291*	,118	-,068
12.2 Tilojen käytännöllisyys	,269*	,102	,071
12.9 Ilmoittautumisen sujuvuus	,659	,749*	,070

Liitetaulukko 16. Henkilöstön preferenssien erottelufunktiot vuonna 2006

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
14.17 Julkisia terveystalvuuju tulisi yksityistää asteittain.	-,496*	,208	,000
14.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	-,364*	-,175	,069
14.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	,359*	,057	-,201
14.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	-,329*	,193	,185
14.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	,323*	,119	,259
14.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	-,307*	-,086	,237
14.1 Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	-,302*	,038	,265
14.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	,271*	,160	,230
14.2 Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	,263*	,077	-,227
14.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	-,207*	,055	,146
14.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,091	-,448*	,098
14.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	-,001	,322*	,191
14.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	-,182	-,128	,537*
14.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	,116	,220	-,307*
14.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	,099	,258	-,264*
14.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	-,117	-,108	,255*
14.15 Valtion omistususuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,044	,104	-,228*
14.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	-,147	,123	-,210*
14.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,051	-,012	,174*

Liitetaulukko 17. Henkilöstön preferenssien erottelufunktiot vuonna 2007

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
14.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	,401*	,206	,181
14.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	-,385*	,212	,054
14.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,259*	-,067	,081
14.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	-,234*	-,045	,062
14.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	,213*	,205	-,161
14.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	,193*	-,035	-,182
14.15 Valtion omistusosuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,147*	,029	,003
14.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	-,137*	,054	-,014
14.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,117	,507*	-,183
14.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	-,059	,385*	,106
14.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	-,142	,285*	-,240
14.2 Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	-,123	,222*	-,138
14.1 Yhteiskuntamme tulisi perustua enemmän keskinäiselle kilpailulle.	,133	,212*	,128
14.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	,179	-,206*	-,102
14.17 Julkisia terveyspalveluja tulisi yksityistää asteittain.	,101	,167*	,016
14.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,297	-,133	,451*
14.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	,288	,201	,385*
14.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,003	-,029	,281*
14.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	,010	,013	,035*

Liitetaulukko 18. Henkilöstön preferenssien erottelufunktiot vuonna 2008

Preferenssi	Funktio		
	1	2	3
14.18 Kuntarajat eivät saisi rajoittaa hoitopaikan valintaa.	,382*	-,250	,183
14.17 Julkisia terveystalvuuja tulisi yksityistää asteittain.	,371*	-,093	,113
14.12 Kaikki julkiset palvelut tulisi kilpailuttaa säästöjen saamiseksi.	,358*	,215	,115
14.5 Tiedotusvälineiden kielteinen kuva julkisista palveluista on oikea.	,338*	,038	,283
14.14 Alhaisempi verotus kannustaisi tekemään enemmän töitä.	,217*	,077	,142
14.3 Korkea verotuksemme on hyvä asia.	-,184*	-,169	,181
14.4 Niin sanottu kansalaispalkka tulisi ottaa Suomessa käyttöön.	,099*	,076	-,025
14.15 Valtion omistususuus kansallisissa yrityksissä tulisi turvata.	-,040	,496*	,007
14.2 Ansiosidonnaista työttömyysturvaa ei tulisi lakkauttaa.	-,070	,307*	,125
14.19 Yrittäjiä tulisi verottaa nykyistä enemmän.	-,109	-,268*	-,003
14.9 Tuloerojen kasvu tulisi hyväksyä.	-,004	-,169*	-,156
14.8 Kunnan on tarjottava vuokra-asuntoja kaikille.	-,016	-,088*	,073
14.6 Yksityisiä kouluja tulisi lisätä.	,103	,193	,456*
14.13 Yksilön tulisi ottaa enemmän vastuuta itsestään.	-,080	-,071	,430*
14.1 Yhteiskuntamme tulisi perustaa enemmän keskinäiselle kilpailulle.	,246	,033	-,324*
14.10 Julkisia palveluja tulisi tukea verovaroin enemmän.	-,153	,007	,220*
14.11 Omistusasuminen on minulle tärkeä asia.	,078	,039	-,205*
14.7 Työttömien tulisi ottaa vastaan mitä tahansa työtä.	,050	,108	,192*
14.16 Jokaisen tulisi maksaa terveydenhoitomenonsa itse.	,032	-,094	,119*

Liitetaulukko 19. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktiot vuonna 2006

Sitoutumiseen vaikuttava tekijä	Funktio		
	1	2	3
10.1 Palkkaus perustuu suoritukseen.	,280*	,018	,200
10.19 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini.	,193*	,018	,163
10.3 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin päätöksiin.	,181*	-,070	,010
10.6 Työyhteisömme on toimiva.	,179*	,041	,167
10.20 Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää.	,177*	,102	,158
10.10 Työni on innostavaa.	,147*	,041	,062
10.32 Tämä työ on minulle elämäntehtävä.	,146*	-,064	-,074
10.16 Koen mielihyvää ihmisten auttamisesta.	,134*	,124	,062
10.12 Työni on itsenäistä.	,121*	,016	,093
10.5 Minulla on mahdollisuus käyttää omia kykyjäni.	,119*	-,079	-,068
10.4 Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni.	,026	-,244*	,180
10.2 Potilaille on riittävästi aikaa.	,166	,201*	,072
10.28 Minulla on mahdollisuus jatkuvaan itseni kehittämiseen.	,058	,164*	,043
10.9 Työsuhteeni on pysyvä.	,113	-,136*	,080
10.7 Työtehtäväni muodostavat mielekkään kokonaisuuden.	,085	,133*	-,059
10.17 Olen harkinnut ammattivaihtoa.	,066	,119*	-,079
10.21 Lääkärien ja hoitajien työt on jaettu tarkoituksenmukaisesti.	,035	,093	,068
10.27 Potilailta saatu myönteinen palaute on tärkein kannustimeni.	-,056	-,060	-,054
10.8 Minun ei tarvitse pelätä epäonnistumisia.	,045	,050	,016
10.30 Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia.	-,021	,025	,424*
10.15 Lähijohtajani on oikeudenmukainen.	-,005	-,174	,309*
10.26 Teemme työtä tiimissä.	-,172	-,015	,271*
10.13 Olen tyytyväinen nykyiseen palkkaani.	,136	,176	,270*
10.22 Työnantajallani on käytössä kannustinjärjestelmä.	,222	-,135	,232*
10.14 Koen oloni vastaanottotilanteessa fyysisesti turvallisiksi.	,097	,194	,228*
10.24 Potilaan hoidossa käytetään asianmukaisia laitteita ja välineitä.	,059	,109	,196*
10.23 Lähijohtajat puuttuvat ripeästi työyhteisön ongelmiin.	-,001	-,130	,177*
10.31 Saan tarvittaessa konsultaatioapua kollegoilta.	,004	,068	,177*
10.11 Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti.	,116	,129	,166*
10.25 Minulla on mahdollisuus edetä urallani.	-,020	,034	,108*
10.29 Työpaikallani hyödynnetään uutta IT-tekniologiaa	-,014	-,019	,061*
10.18 Olen sitoutunut työnantajan tavoitteisiin.	,044	,046	,058*



Liitetaulukko 20. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktiot vuonna 2007

Sitoutumiseen vaikuttava tekijä	Funktio		
	1	2	3
10.2 Potilaille on riittävästi aikaa.	,288*	-,017	-,157
10.22 Työnantajallani on käytössä kannustinjärjestelmä	,238*	-,152	,067
10.3 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin päätöksiin.	,200*	,029	-,084
10.16 Koen mielihyvää ihmisten auttamisesta.	,182*	-,035	,019
10.30 Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia.	,145*	,019	,075
10.26 Teemme työtä tiimissä.	-,134*	,088	,031
10.14 Koen oloni vastaanottotilanteessa fyysisesti turvalliseksi.	,120*	-,043	-,058
10.27 Potilailta saatu myönteinen palaute on tärkein kannustimeni.	,115*	,008	-,058
10.13 Olen tyytyväinen nykyiseen palkkaani.	,098*	-,053	-,067
10.23 Lähijohtajat puuttuvat ripeästi työyhteisön ongelmiin.	,090*	-,013	-,082
10.25 Minulla on mahdollisuus edetä urallani.	,082*	,016	-,074
10.6 Työyhteisömme on toimiva.	,039*	,002	-,036
10.11 Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti.	,055	,175*	,001
10.4 Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni.	,066	-,166*	-,031
10.28 Minulla on mahdollisuus jatkuvaan itseni kehittämiseen.	-,003	,165*	-,118
10.9 Työsuhteeni on pysyvä.	,074	-,162*	-,010
10.1 Palkkaus perustuu suoritukseen.	,116	-,136*	,079
10.31 Saan tarvittaessa konsultaatioapua kollegoilta.	,087	,113*	,014
10.15 Lähijohtajani on oikeudenmukainen.	-,024	-,091*	-,003
10.29 Työpaikallani hyödynnetään uutta IT-teknologiaa	,045	-,088*	,003
10.21 Lääkärien ja hoitajien työt on jaettu tarkoituksenmukaisesti.	,029	,065*	,047
10.17 Olen harkinnut ammatinvaihtoa.	-,176	,071	,189*
10.19 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini.	,113	-,008	-,172*
10.10 Työni on innostavaa.	,104	-,030	,154*
10.20 Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää.	,086	,067	-,152*
10.7 Työtehtäväni muodostavat mielekkään kokonaisuuden.	,133	,064	-,145*
10.32 Tämä työ on minulle elämäntehtävä.	,119	-,066	-,126*
10.18 Olen sitoutunut työnantajan tavoitteisiin.	-,044	-,079	-,097*
10.12 Työni on itsenäistä.	,011	-,025	-,083*
10.24 Potilaan hoidossa käytetään asianmukaisia laitteita ja välineitä.	-,026	,028	,082*
10.8 Minun ei tarvitse pelätä epäonnistumisia.	-,048	,008	-,057*
10.5 Minulla on mahdollisuus käyttää omia kykyjäni.	-,013	-,028	-,033*

Liitetaulukko 21. Henkilöstön sitoutumisen erottelufunktiot vuonna 2008

Sitoutumiseen vaikuttava tekijä	Funktio		
	1	2	3
10.1 Palkkaus perustuu suoritukseen.	-,180*	,100	,109
10.20 Työn suunnittelu ja organisointi on selkeää.	-,178*	-,035	-,058
10.21 Lääkärien ja hoitajien työt on jaettu tarkoituksenmukaisesti.	-,108*	-,087	-,041
10.7 Työtehtäväni muodostavat mielekkään kokonaisuuden.	-,099*	,072	-,008
10.28 Minulla on mahdollisuus jatkuvaan itseni kehittämiseen.	,075*	-,071	-,019
10.16 Koen mielihyvää ihmisten auttamisesta.	,050*	,000	,006
10.5 Minulla on mahdollisuus käyttää omia kykyjäni.	-,046*	-,023	-,025
10.30 Työnantajani tarjoaa palkan lisäksi muita rahallisia etuuksia.	-,211	-,408*	,234
10.23 Lähijohtajat puuttuvat ripeästi työyhteisön ongelmiin.	-,054	-,235*	-,200
10.13 Olen tyytyväinen nykyiseen palkkaani.	-,088	,185*	-,156
10.9 Työsuhteeni on pysyvä.	,031	,182*	,019
10.14 Koen oloni vastaanottotilanteessa fyysisesti turvallisiksi.	-,014	,171*	-,063
10.32 Tämä työ on minulle elämäntehtävä.	-,053	,134*	,081
10.17 Olen harkinnut ammatinvaihtoa.	,054	-,082*	,059
10.25 Minulla on mahdollisuus edetä urallani.	-,040	-,063*	-,012
10.8 Minun ei tarvitse pelätä epäonnistumisia.	-,046	-,059*	,032
10.26 Teemme työtä tiimissä.	-,019	-,025*	-,023
10.15 Lähijohtajani on oikeudenmukainen.	-,097	,024	-,395*
10.18 Olen sitoutunut työnantajan tavoitteisiin.	,067	,032	,269*
10.29 Työpaikallani hyödynnetään uutta IT-tekniologiaa	-,144	,233	-,260*
10.22 Työnantajallani on käytössä kannustinjärjestelmä	-,042	-,089	,197*
10.11 Työtehtävät jakautuvat oikeudenmukaisesti.	-,037	-,122	-,169*
10.2 Potilaille on riittävästi aikaa.	-,073	,035	-,162*
10.24 Potilaan hoidossa käytetään asianmukaisia laitteita ja välineitä.	,005	,110	-,156*
10.12 Työni on itsenäistä.	,076	,077	-,151*
10.6 Työyhteisömme on toimiva.	,011	-,077	-,126*
10.4 Lähijohtajani tukee minua riittävästi työssäni.	-,054	,023	-,120*
10.10 Työni on innostavaa.	-,011	,090	,098*
10.27 Potilailta saatu myönteinen palaute on tärkein kannustimeni.	-,002	,065	,082*
10.31 Saan tarvittaessa konsultaatioapua kollegoilta.	,055	-,006	,071*
10.3 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin päätöksiin.	-,033	-,008	,069*
10.19 Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihini.	,003	-,020	-,025*